

CANCER AIGU

à type d'actinomycose cervico-faciale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Septembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GENSOLLEN (Gabriel)

Né le 4 Février 1887 à Vesoul (Hte-Saône)



LYON

IMPRIMERIE F. REY

57, Rue Franklin

—
1919



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552303_0050

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 22

CANCER AIGU

à type d'actinomycose cervico-faciale

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 23 Septembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GENSOLLEN (Gabriel)

Né le 4 Février 1887 à Vesoul (Hte-Saône)



LYON
IMPRIMERIE F. REY
57, Rue Franklin

—
1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN
LÉPINE ASSESSÉUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD.
Clinique ophtamologique		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	BERARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	}	LÉPINE (J.)
Chimie biologique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie	}	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	}	HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie	}	MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne	}	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		X.
Anatomie pathologique	}	DOYON.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	}	X.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène	}	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		X.
Pharmacologie	}	Etienne MARTIN.
		COURMONT.
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie interne	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	ARLOING (F).	THEVENOT (Lucien)
COMMANDEUR	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
NEVEULEMAIRE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
LAROYENNE	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
VORON	CADE	SAVY	BONNAMOUR, char-
NOGIER	MOURIQUAND	FROMENT	gé des fonctions.
LATARJET			SARVONAT id.

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, Président ; PATEL, Assesseur.
MM. LAROYENNE et THEVENOT (Léon), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbaton.

A LA CHÈRE ET VÉNÉRÉE MÉMOIRE
DE LA GRANDE FEMME DE BIEN
VICTIME DE SON DÉVOUEMENT
QUE FUT NOTRE MÈRE

A LA MÉMOIRE DE NOTRE ONCLE
LE COLONEL E. LANDEL

Commandant le 48^e Régiment d'Artillerie de Campagne
Officier de la Légion d'Honneur — Croix de guerre
tombé à Tahure pour la France

A LA MÉMOIRE DE NOTRE
JEUNE BEAU-FRÈRE
R. OUTHENIN-CHALANDRE

Adjudant au 12^e Chasseurs Alpins — Croix de guerre
Mort des suites de ses blessures pour la France

A LA MÉMOIRE DE TOUS NOS PARENTS
AMIS, CAMARADES DE RÉGIMENTS
ET TOUS CEUX QUI ONT FAIT LA
VICTOIRE MAIS QUI NE L'ONT POINT VUE

A NOS GRAND-MÈRES

A NOTRE PÈRE

en faible hommage d'admiration, de reconnaissance
et d'affection

A NOTRE ÉPOUSE BIEN-AIMÉE

A SON PÈRE

A NOS SŒURS

A NOTRE BEAU-FRÈRE

LE LIEUTENANT F. PAULINIER

Croix de guerre

A NOTRE NIÈCE

A NOTRE COUSIN

LE PROFESSEUR L. CHAPOY

Professeur à l'Ecole de Médecine de Besançon
au Chirurgien, au Poète, au Parent

AUX NOTRES ET A NOS AMIS

A M. le Professeur NICOLAS

NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

dont nous dirons une fois de plus la science, la clarté
et la bienveillance proverbiales.

A MM. les Agrégés

PATEL

LAROYENNE

Léon THÉVENOT

en reconnaissance de leurs enseignements à la Faculté et
à l'Hôpital, comme en remerciement d'avoir bien voulu
participer à notre jury de thèse.

A M. le Docteur B. LYONNET

Ancien Médecin des Hôpitaux de Lyon

en respectueux souvenir et en remerciement de toutes
ses précieuses leçons thérapeutiques : de ses "causeries
du samedi" et de tous ses enseignements si pleins
d'expérience, si pratiques, au lit du malade, à l'Hôtel-
Dieu de Lyon.

A M le Docteur M. FAVRE

Médecin des Hôpitaux de Lyon

au savant, au clinicien, au fin diseur.

**A NOS MAITRES de la FACULTÉ
et des Hôpitaux de Lyon**

A NOS MAITRES DE BOURG

Année 1912-1913

Hôtel-Dieu de Bourg

	médecine	chirurgie
MM. les Docteurs	NODET	MICAUD
	PASSERAT	TOUILLON
	(in memoriam)	

Année 1913-1914

**Maison de Santé Saint-Georges
de Bourg**

M. le Docteur A. ADAM

AVANT-PROPOS

La thèse inaugurale étant à la fois l'entrée dans la carrière du praticien, mais aussi la sortie d'études prolongées encore pour nous par deux ans d'internat à Bourg et par cinq ans de guerre (en plus de notre service militaire en temps de paix), qu'il nous soit permis de brièvement évoquer et remercier tous ceux qui ont présidé ou ont aidé à notre formation.

Et d'abord que dirons-nous de la mémoire vénérée de notre mère, de la vivante affection de notre père et de tous les nôtres, sinon que nous savons leur devoir les quelques succès que nous avons pu et pourrons jamais obtenir — et dont nous leur faisons hommage, ainsi que tout particulièrement à notre très chère épouse.

A nos éducateurs du Collège Municipal de Gray, comme à tous nos maîtres si nombreux de la Faculté et des Hôpitaux de Lyon, à ceux de l'Hôtel-Dieu et de la Maison de santé St-Georges de Bourg, enfin à nos chefs militaires durant cette longue campagne, à tous va l'expression de notre reconnaissance.

Cette reconnaissance va plus particulièrement à M. le Docteur Adam, Médecin-Directeur de la Maison de santé St-Georges de Bourg, qui voulut bien être pour nous et le Médecin-chef autorisé (à qui nous devons les quelques notions que nous pouvons avoir de psychiatrie) — et l'hôte affable, nous recevant comme un de ses fils (auxquels nous sommes heureux de redire aussi l'assurance de notre constante amitié); — à M. le Médecin-major Cordier, qui lui aussi voulut bien être pour nous un chef et un ami, dans toute l'acception des

deux termes ; — à M. le Professeur J. Nicolas, qui nous fit l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, et dont nous ne saurions assez dire l'accueil si bienveillant pour nous, à tant de reprises ; et lorsque nous faisons nos études à Lyon, et lorsque, plus tard, de Bourg, nous revenions un peu nous familiariser avec les délicatesses de la dermatologie, délicatesses exposées par M. le Professeur Nicolas avec l'expérience consommée, la haute conscience, la simplicité élégante qui donnent à ses cliniques un attrait si connu ; — enfin, à notre retour des armées, lorsqu'il nous fut enfin donné de refaire connaissance avec un service d'hôpital, après avoir mené, pendant toute la campagne, la vie de "troupe"... ce fut encore à M. le Professeur Nicolas que nous avons dû l'inspiration de notre thèse, comme aussi de tant et tant de "directives".

Et n'est-ce point comme un précieux charme jeté sur cette clinique de l'Antiquaille de Lyon, qu'autour de ce maître si affable, se groupe toute une pleïade de jeunes savants de si aimable accueil ? N'était-ce pas encore là que fut Chef de clinique M. le Docteur M. Favre, médecin des Hôpitaux, actuellement chef lui-même d'un service à l'Hôtel-Dieu de Lyon ? A M. le Docteur M. Favre nous nous plaignons aussi à rendre un large tribut de reconnaissance : c'est à lui que nous devons non seulement les examens histologiques de notre thèse, mais encore de si nombreux entretiens et conseils, à l'hôpital et au laboratoire ; il retrouvera ici l'écho de mainte et mainte idée qu'il voulut bien nous exposer si abondamment, si clairement et en langage si châtié !

Nous manquerions à un devoir bien facile pour nous à remplir, en n'évoquant pas également ici nos heures de travail en commun et d'intimité avec notre "labadens" de collègue Georges Oziol, contrôleur des contributions directes ; — avec notre confrère et ami Richard Saint-Yves et sa mère, M^{me} Saint-Yves, docteur en médecine ; avec notre grand frère de cœur, le P. Louis Didon, avec qui nous eûmes l'honneur de gagner notre première citation (à l'ordre du régiment), en février 1916, devant Verdun, au Mort-Homme : — enfin avec

notre cher confrère André Taquet, en même temps qu'auquel nous fut conférée une citation (notre cinquième) à l'ordre du II^e Corps d'Armée, en juin 1918, devant Compiègne.

Notre souvenir de gratitude va également à nos chefs, camarades et collaborateurs de guerre qui pour nous ont été successivement : du 17^e d'Artillerie de campagne, du 362^e, 324^e et 164^e d'Infanterie, des Compagnies 25/1 et 25/51 du 9^e Génie, et du G. B. D. de la 72^e Division d'Infanterie.

Et nous adressons un ultime hommage respectueusement ému à la mémoire de tous les nôtres, parents, amis, camarades et collaborateurs morts pour la France !

INTRODUCTION

« La pathologie témoigne à chaque pas de la luxuriance de moyens de destruction que déploie la nature.

... La maladie ne résulte pas d'une seule cause, mais de causes multiples, d'ordres différents et coopérant dans des combinaisons infiniment complexes. L'unité causale est exceptionnelle aussi à l'endroit de la mort.

Si le mécanisme de la mort est connu dans ses grandes modalités, le jour n'est pas encore complètement fait sur l'intimité de l'évolution dernière où cependant on entrevoit le jeu perpétuel, en biologie morbide, des associations et des antagonismes d'agents qui, s'alliant ou se heurtant, mènent au terme définitif. » (Hanot, II, 9, p. 83). (1).

C'est une de ces associations morbides que nous avons en vue.

Nous avons rencontré des malades présentant une affection de la région cervico-faciale qui en imposait de prime abord pour de l'actinomyose, alors qu'à un examen plus approfondi il s'agissait de cancer aigu à point de départ buccal; nous nous sommes demandés si cette symptomatologie pseudo-actinomycosique du cancer de la joue avait été déjà signalée.

Nous en avons trouvé quelques mentions, mais ne l'avons rencontrée qu'une seule fois expressément décrite.

Nous avons donc cru bon de mettre en garde contre cette erreur, qui transforme si radicalement le pronostic !

(1) Pour ne pas surcharger notre texte d'annotations, nous avons adopté le renvoi à un index bibliographique numéroté, qui donnera les références exactes; le numéro de la page indiqué est celui de l'ouvrage cité.

Dès que l'on aborde la question du cancer, l'on touche à de si vastes domaines que, pour être complet, il faudrait des volumes ! En cet opuscule, nous nous sommes proposés de seulement esquisser les problèmes si intéressants de la pathogénie de ces formes de cancers, des éléments qui viennent en modifier la physionomie habituelle — comme aussi d'en discuter le diagnostic.

DIVISION DU SUJET

Entrant de suite en plein cœur de notre sujet, nous relaterons donc, tout d'abord :

I. — Les observations qui ont été le point de départ de ce travail ;

II. — Nous essaierons ensuite de mettre en valeur les symptômes qui avaient fait penser à l'actinomycose ;

III. — Puis nous apporterons le résultat de notre enquête sur ce qui a déjà été dit sur le sujet et relaterons une observation de Le Dentu, la seule que nous ayons trouvée d'absolument superposable aux nôtres :

IV. — Après quoi nous proposerons une ou des explications pathogéniques de ces formes de cancer ;

V. — Nous reprendrons alors la symptomatologie et le diagnostic véritable ;

VI. — Enfin, nous ne nous attacherons à l'évolution, au pronostic et au traitement de ces cancers seulement en ce que leur type offre de particulier, et mentionnerons un cas d'amélioration au moins passagère, mais très nette, par le radium.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Nous attirerons surtout l'attention sur l'Observation II

L'observation I ne présenterait-elle que l'intérêt d'être étiquetée comme elle l'a été sous le titre d'« Actinomyose », a sa valeur propre, mais elle n'est pas si complète et n'offre pas la netteté comme tous les détails précis que comporte l'observation II. Le malade qui faisait l'objet de l'observation I est mort au début de la guerre 1914, dans l'établissement des Dames du Calvaire (de Lyon).

Mais si cette observation (prise par un élève du service à la clinique de l'Antiquaille) est incomplète, nous pouvons tout au moins dire que le diagnostic clinique n'avait paru douteux, ni à M. le professeur Nicolas, qui vit le malade, ni à M. le Docteur Desgouttes, chirurgien des hôpitaux, auquel le malade fut adressé en vue d'opération. Le diagnostic réel de l'affection ne fut établi que quelques jours plus tard, sur l'examen de fragments provenant du curetage des lésions considérées cliniquement comme inflammatoires et mycosiques et c'est sous ce diagnostic que les pièces ont été adressées à M. le Docteur Favre.

Le malade de l'observation II a été mieux suivi; il est encore à ce jour, 28 juin 1919, dans le service de M. le Docteur Desgouttes, à l'hôpital de l'Antiquaille de Lyon.

L'un et l'autre malade ont passé du service de dermatologie à celui de M. Desgouttes; nous transcrivons textuellement leurs observations, en mettant simplement bout à bout ce qui a été écrit successivement dans l'un et l'autre service.

OBSERVATION I

F... (François), âge de 59 ans, terrassier, entre à l'hôpital de l'Antiquaille de Lyon, dans le service du professeur Nicolas, le 25 mai 1914.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Il a eu 9 enfants, dont 7 en bonne santé.

Il y a deux mois, le malade qui souffrait des gencives, vit apparaître dans la région sous-maxillaire gauche, une tuméfaction qui s'étendit rapidement.

Actuellement, la tuméfaction a envahi la région carotidienne et s'étend le long de la branche montante du maxillaire et un peu le long de sa branche longitudinale. Cette tuméfaction est d'une dureté ligneuse, sans points ramollis. Elle descend sensiblement jusqu'au niveau de la clavicule; elle est modérément sensible à la pression.

Du côté droit, il existe une tuméfaction présentant les mêmes caractères, de la grosseur d'un œuf de pigeon.

La bouche présente, du côté gauche, une tuméfaction ulcérée, sans fistules. Il y a en même temps un degré assez prononcé de stomatite.

2 *juin*. — Les phénomènes ont augmenté : trismus, douleur, induration, extension, bien que le malade prenne 3 grammes d'iodure. On le met à 4 grammes.

12 *juin*. — Intervention (M. Desgouttes).

Gros drainage : collection liquide atteignant environ 150 grammes.

16 *juin*. — Le malade va un peu mieux, mais souffre toujours de la tête.

Il peut ouvrir la bouche.

20 *juin*. — Le malade a des céphalées excessivement violentes ; œdème de la joue, dû probablement à la compression du paquet vasculo-nerveux.

(*Sans date*). — Actuellement, on constate à gauche deux cavités anfractueuses, entourée d'une zone indurée lie de vin. En avant du lobule de l'oreille, il y a un petit noyau métastatique. On constate également des traînées lymphangitiques sur la poitrine, s'étendant jusqu'au mamelon gauche.

A droite, même zone indurée, mais moins étendue, avec fistule d'origine chirurgicale.

Dans la bouche, au niveau du sillon gingivo-jugal gauche, en avant des prémolaires, on constate une induration surélevée.

On continue les pansements à l'huile goménolée.

Le cas de F... est cliniquement très intéressant par le développement très rapide de la tumeur, par l'apparition de tuméfaction pseudo-phlegmoneuse cervicale. L'aspect du placard induré fit porter le diagnostic d'actinomycose, sous lequel les préparations (histologiques) sont étiquetées.

Ultérieurement, marche rapide du cancer, ulcérations larges allant jusqu'aux vaisseaux profonds du cou, cachexie rapide, fièvre, suppuration.

Décédé le 2 août 1914.

N. B. — Le trismus, qui n'est pas signalé le 25 mai, l'est expressément le 2 juin ; il est donc très probable que le même phénomène existait dès le début et n'avait pas été noté.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

(Par M. le D^r FAVRE, médecin des Hôpitaux)

Obs. I. — L'examen histologique montre des boyaux épithéliaux plongés dans un tissu inflammatoire.

A un petit grossissement, la nature de ces formations épithéliales est très facilement reconnaissable à la production de globes cornés nombreux ; les uns de petites dimensions, les autres beaucoup plus volumineux. Le tissu qui sépare les bourgeons néoplasiques apparaît tantôt infiltré de cellules, tantôt au contraire plus riche en fibres, plus dense. Il est parcouru par des vaisseaux assez développés.

A un grossissement plus fort, le tissu néoplasique présente tous les caractères d'un épithélioma spino-cellulaire, que rien ne distingue dans ses parties épithéliales des types ordinaires de cette néoplasie. Ce qui caractérise toutefois, à un examen attentif, cette variété de néoplasme, c'est la dissémination des cellules néoplasiques par petits îlots dans le tissu conjonctif. On trouve en effet dans ce tissu de petits nids constitués par quelques cellules seulement et qui sont privés de connexion apparente avec les masses néoplasiques plus volumineuses. Cet aspect est assez frappant pour qu'on puisse parler dans ce cas d'une véritable infiltration carcinomateuse des téguments.

OBSERVATION II

M... (Jean-Marie), âgé de 54 ans, mineur, entre à l'hôpital de l'Antiquaille de Lyon dans le service du professeur Nicolas, le 17 mars 1919, pour une affection de la région massétérine.

Père mort d'affection rhumatismale; mère morte de suite de couches. Frères et sœurs bien portants.

Rien dans ses antécédents personnels : pas de syphilis, pas de tuberculeuse, pas d'affection grave. N'a eu que des accidents professionnels : fracture de la clavicule, quelques contusions, mais jamais de plaies. Dentition très bonne. Jamais de névralgie. Jamais de carie dentaire.

L'affection actuelle a débutée en *novembre 1918*, par une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, située dans le sillon gingivo-génien inférieur droit, tout à fait en arrière. Le malade n'éprouvait aucune douleur de ce fait, mais une simple gêne.

La tumeur s'est développée rapidement. Elle a envahi principalement la joue, déterminant une gêne assez accusée de la mastication, une salivation très abondante " qui causait de l'insomnie " aux dires du malade, des névralgies au niveau de l'avant-dernière molaire, au niveau de la tempe, du front. Le malade affaibli, déjà un peu amaigri, a dû cesser son travail au mois de janvier. Il n'a présenté à aucun moment de troubles digestifs.

En même temps que poussait la tumeur, les téguments de la joue commençaient à participer au processus. L'ouverture s'est produite à l'extérieur, au commencement de janvier, par deux orifices, au niveau de la face externe de la joue, donnant issue à un pus peu abondant et jaunâtre. Pas d'orifice interne; jamais d'ouverture dans la cavité buccale.

Actuellement, véritable bloc très dur avec œdème; à la pression de la fistule, on fait sourdre un peu de pus. A la face interne de la joue, dans le sillon, petite ulcération diphtéroïde, difficile à explorer en raison du *trismus* et de l'infiltration de la joue.

Malade souffrant beaucoup, s'alimente peu, dort mal du fait de ses souffrances et de la salivation extrêmement abondante, qui le gêne beaucoup, dit-il. Traits altérés. Amaigrissement. Pâleur très marquée et teint un peu jaunâtre, qui fait penser à l'anémie des mineurs.

On n'a pu percevoir aucun ganglion, toute la région sus-hyoïdienne étant infiltrée et indurée.

On ne peut découvrir de grains jaunes dans l'exsudat.

Iodure sans aucun résultat.

Le 24 avril 1919 passe en chirurgie pour intervention (service de M. Desgouttes). Curetage du trajet fistuleux; on envoie au laboratoire des fragments de la tumeur. Il y a communication large de la bouche avec l'extérieur, le maxillaire inférieur est atteint par endroits et la curette ramène quelques esquilles osseuses. Pansement à la solution iodo-iodurée.

Les jours suivants, amélioration locale.

La tumeur, qui remonte le long de la branche montante, est très dure, avec un peu d'œdème dur superficiel.

Mai 1919. — Incision (vers l'angle de la mâchoire) très profonde, atteignant et dépassant l'angle du maxillaire; mèche à la solution iodo-iodurée.

La réponse du laboratoire arrive disant *cancer* sans aucun doute, et décide alors M. Desgouttes à essayer la radiumthérapie.

Mai 1919. — Pose d'un tube de radium dans la plaie (angle de la mâchoire), laissé en place 24 heures. Le lendemain on replace le tube dans l'autre plaie communiquant avec la bouche; on laisse en place 24 heures.

Auparavant, il a été prélevé un fragment de la tumeur, dont il a été fait envoi au laboratoire.

Les jours suivants, la tumeur montre de l'inflammation (durant environ 4 jours), puis tout rentre dans l'ordre.

28 Mai. — Prélèvement et envoi au laboratoire du fragment de la tumeur.

Le malade se trouve un peu mieux depuis le radium. Persistance d'un peu de trismus avec de l'infiltration de la joue; grosse ulcération diphthéroïde et creuse de la face interne de la joue, mais le malade a plus de facilités pour la mastication et mange davantage; il a bon appétit.

N. B. — La douleur à la pression, qui n'a pas été notée, a toujours existé, très vive.

Elle existe encore à l'heure actuelle, ainsi que nous l'avons à nouveau constatée en voyant récemment le malade.

La radiumthérapie doit être continuée.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

(par M. le Docteur Favre, Médecin des Hôpitaux)

Obs. II. — L'examen histologique a porté sur deux fragments provenant du raclage des trajets fistuleux. Ces fragments ont été fixés par le liquide de Zenker et soumis à des colorations variées. Dans tous les fragments nous avons trouvé des productions épithéliales végétant dans un tissu tantôt très inflammatoire et présentant des caractères de tissu de granulation, tantôt dans un tissu à trame serrée, fibreux et dense. Les boyaux épithéliaux différencient fréquemment à leur intérieur des globes cornés plus ou moins nombreux. Leur structure est celle d'un épithéliome spino-cellulaire et ne présente rien de spécial à noter. Les tractus épithéliaux sont tantôt volumineux, tantôt au contraire grêles, circonscrivant entre eux des plages assez larges occupées par le tissu conjonctif. Dans les points où les prolongements épithéliaux sont plongés dans un tissu inflammatoire, ils sont pénétrés par les leucocytes que l'on retrouve parfois nombreux entre les cellules néoplasiques. On ne note pas, dans cette seconde tumeur, les foyers néoplasiques aberrants, de petite dimension, retrouvés dans le cas précédent. Ce qui frappe surtout, c'est l'inflammation du tissu qui sert de substratum au néoplasme et dont nous avons sommairement décrit l'aspect : tissu tantôt fibreux, tantôt en pleine voie de remaniement par des cellules lympho-plasmiques et par de très nombreux leucocytes. Sur une large étendue, ce tissu interstitiel a l'aspect du bourgeon charnu ; il est parcouru par de gros vaisseaux à parois lamelleuses minces ; il est formé par des cellules fixes du tissu conjonctif, dans l'intervalle desquelles on trouve des cellules plasmiques, des lymphocytes et polynucléaires très nombreux. Nous avons trouvé, dans ce tissu, des cellules géantes, éparses dans le tissu inflammatoire, sans production de cellules épithélioïdes concomitantes. Ces éléments rares, quoique très nets, ne nous paraissent pas comporter avec certitude le diagnostic d'inflammation spécifique concomitante ou préexistante au cancer. Toutefois, nous signalons l'existence de lésions vasculaires nettes, que nous avons retrouvées sur plusieurs artères de nos coupes. — Sur une de nos coupes au moins, le tissu interstitiel est extrêmement fibreux. — Les fibres musculaires striées de la paroi jugale sont dissociées par l'inflammation et, pour la plupart, atrophiées.

CHAPITRE II

RÉALISATION DE LA SYMPTOMATOLOGIE ACTINOMYCOSIQUE

Lorsque le deuxième malade entra dans le service de M. le Professeur Nicolas, au mois de mars dernier, tous les assistants n'eurent qu'une voix, depuis le plus jeune stagiaire jusqu'au Professeur lui-même, en passant par les chefs de clinique anciens et actuels qui l'entouraient :

« Le beau cas d'actinomycose ! »

C'était, en quelque sorte, comme le déclenchement du réflexe que demandaient Poncet et Bérard, en face de malades paraissant similaires. « En présence d'un malade atteint de tuméfaction diffuse très douloureuse de la région temporo-maxillaire, tuméfaction à la fois inflammatoire et néoplasique ayant débuté sournoisement sans cause nette, en apparence au cours d'accidents d'origine dentaire de nature banale, s'accompagnant d'un trismus précoce, serré, et se ramollissant par plusieurs points à la fois pour donner naissance à des trajets fistuleux, d'où sortent des grains jaunes. Tout clinicien ayant lu la description du type habituel de l'actinomycose cervico-faciale, même s'il n'a pas encore observé de cas semblables, arrivera à faire le diagnostic » (I, 4, 1°, p. 148).

Tous les cliniciens furent unanimes, et ceux qui ne connaissaient que par leurs lectures l'actinomycose; et ceux qui en avaient observé des cas, avec la consécration, de la haute valeur que l'on sait, de l'avis conforme de M. le Professeur Nicolas.

De même, plus tard, lorsque le malade passa en chirurgie, M. le Docteur Desgouttes, chirurgien des hôpitaux, et ses élèves, admirèrent, au seul aspect clinique, avoir affaire à une actinomycose.

Un seul trait manque au tableau, trait capital il est vrai, aussi tenons-nous de suite à le signaler, avant de pousser plus loin le rapprochement. Nous voulons parler de l'absence de grains jaunes.

Mais encore le produit des fistules actinomycosiques contient-il toujours des grains jaunes?

« Les grains jaunes peuvent être très nombreux ou, au contraire, totalement absents, lorsque les lésions datent de longtemps et que l'ulcération des téguments coïncide avec une phase de régression déjà avancée du parasite (I, 4, 1^o, p. 68).

Plus tard, en 1900, les mêmes auteurs diront : « Le diagnostic d'actinomycose doit être non rejeté de suite, comme on a tendance à le faire, mais simplement réservé jusqu'à ce que de nouveaux examens microscopiques, plusieurs fois répétés, l'aient confirmé ou démontré incertain. Nous disons incertain et non pas faux, car il n'est actuellement aucune maladie infectieuse à commencer par la tuberculose, dont le diagnostic *clinique* exige, pour être fait, la constatation directe de l'agent causal dans les lésions » (I, 4, 2^o, p. 396).

Plus tard encore, en 1904 (I, 4, 4^o, p. 255) : « Il ne faut donc pas toujours exiger la constatation du mycélium avec ou sans les massues pour arrêter son diagnostic, et surtout il ne faut pas rejeter l'hypothèse d'actinomycose, comme on le fait trop volontiers, sous le prétexte qu'un examen, et même quelquefois plusieurs, auront été négatifs. »

Et, plus loin, dans la même communication (I, 4, 4^o, p. 259) : « En toute équité, on ne devrait pas être plus exigeant pour le diagnostic de l'actinomycose que pour celui d'autres infections, d'autant mieux que l'actinomycose se rencontre mal, quelquefois pas du tout, dans les vieilles actinomycoses, dans les formes suppurantes aiguës, etc.

« ... (Le contrôle histologique), aujourd'hui comme par le passé nous le demandons, nous le voulons, mais s'il est indispensable pour affirmer la nature de la maladie, on ne doit pas lui demander plus qu'il ne peut donner. Positif, il donne au diagnostic la certitude; négatif, il ne prouve pas grand chose.

L'absence de grains jaunes n'est donc pas un argument contre l'actinomycose, alors qu'en faveur de celle-ci se joint de faisceau de symptômes que nous allons reprendre un à un, en regard de la description clinique de Poncet et Bérard, dans leur Traité de l'actinomycose.

I. — *Douleur*. — Dans la forme temporo-maxillaire, « la plus classique de la maladie... », l'affection débute par une douleur plus ou moins vive, soit au niveau des dernières molaires, qui peuvent être gâtées mais qui, souvent aussi, sont saines; soit en arrière de l'angle inférieur de la mâchoire.

« ... L'acuité de la douleur est variable. » (I, 4, 1^o, p. 81).

Notre premier malade signale qu'au tout début, d'une manière pour ainsi dire prémonitoire, il souffrait des gencives. L'état de sa dentition n'est pas noté. Pour le second malade, il semble que la douleur ait été moins précoce. Sa dentition est très bonne. Par la suite, il accuse des névralgies au niveau de l'avant-dernière molaire ».

II. — *Trismus*. — « Le deuxième phénomène, d'une haute importance au point de vue diagnostic, est un trismus précoce, qui s'installe d'emblée » (I, 4, 1^o, p. 81).

L'un et l'autre malade présentent du trismus à leur entrée à l'hôpital.

III. — *Tuméfaction*. — « A la douleur, au trismus s'ajoute un troisième élément de diagnostic ; nous voulons parler du gonflement de la région maxillaire. La tuméfaction, qui a débutée par l'angle inférieur de la mâchoire ou à son voisinage, soit du côté de la face, soit du côté du cou, gagne rapidement la branche montante » (I, 4, 1^o, p. 82).

« ... A côté de ces cas très limités, il est au moins aussi fréquent de voir le parasite descendre au-dessous de l'os hyoïde, pour creuser des trajets cutanés au-devant du larynx, du sterno-mastoïdien et du paquet vasculo-nerveux, puis descendre de là jusqu'à la nuque ; ce sont les formes cervicales larges » (I, 4, 1^o, p. 116).

Dans le premier de nos cas, en même temps que l'envahissement de la région maxillaire, il y a surtout celui de la région carotidienne. Le malade, remarquons-le bien, ne rapporte le début de son affection qu'à deux mois auparavant ; déjà il présente ce large blindage de la région du cou ; cette induration si rapide, si étendue, n'évoque-t-elle pas les phlegmons ligneux de Reclus, dont Poncet et Bérard ont montré « l'identité frappante » avec les formes cervicales larges de l'actinomycose (I, 4, 1^o, p. 116 et 158) ?

Pour le second cas, la région sus-hyoïdienne est bien infiltrée et indurée, mais la symptomatologie est surtout temporo-maxillaire : induration au siège d'élection ; en contraste avec cette induration : points ramollis, fistules, rien ne manque au tableau classique de l'actinomycose.

IV et V. — Deux autres signes sont moins fidèles, mais cependant habituels : *l'intégrité du squelette et l'absence d'adénite.*

Dans nos deux cas, l'induration de la région, comme dans l'actinomycose elle-même d'ailleurs « rend difficile l'exploration du maxillaire inférieur » (I, 4, 1°, p. 83). D'autre part, l'étendue de cette induration est telle qu'elle empêche de percevoir si ce sont les ganglions qui sont envahis ou non.

Ne semble-t-il donc pas, de prime abord, indiqué d'admettre cliniquement l'actinomycose lorsque des malades offrent un tel ensemble que i'on peut opposer trait pour trait à l'actinomycose dans le tableau suivant :

Caractères de l'actinomycose	Symptômes présentés par nos malades
1° Induration le souvent (80 %) cervico-faciale;	} chez l'un et l'autre malades
2° Localisation de choix à l'angle inférieur de la mâchoire;	
3° Points ramollis, trajets fistuleux	chez le second malade;
4° Trismus;	} chez l'un et l'autre malades
5° Douleur;	

6° Enfin, nous ajouterons le caractère commun que, dans la forme cervico-faciale, l'actinomycose a presque toujours une origine bucco-pharyngée, comme l'affection de nos malades.

CHAPITRE III

CE QUI A ÉTÉ DIT AU SUJET DU CANCER A TYPE D'ACTINOMYCOSE

(Observation III, du Professeur Le Dentu)

Ces pseudo-actinomycoses étaient cependant descancers. Cette morphologie si spéciale a-t-elle été décrite à propos des néoplasmes de la région cervico-faciale et, en particulier, des épithéliomas de la joue ?

Les discussions sur l'épithéliomas de la joue, antérieures à 1901, étant résumées dans le travail de Teltcharoff (III, 12), nous ne reviendrons pas, après cet auteur, sur les dires de Lebert, P. Broca, Paget, Heurtaux, Lortet, Desgranges, Virchow, Ollier, Bruno, Piéchaud, Verneuil, Peyrot, Anger, Forgue et Reclus, etc.

Une partie de ces documents n'offre d'ailleurs pas d'intérêt pour notre étude différentielle, par exemple le rapport de P. Broca, sur une observation de Laboulbène, qui date de 1853 : « Description anatomo-pathologique... où se trouvent décrits dans un maxillaire des « corps sphériques » et des stries rayonnantes » qui semblent se rapporter à l'actinomycose (I, 6, p. 9). Ce n'est en effet qu'en 1878 qu'Israël publia les deux premières observations où « le champignon rayonné fit son apparition avec ses titres d'origine dans la pathologie humaine » (I, 4, 1^o, p. 5).

Nous n'avons donc porté notre investigation que sur les faits signalés à partir de 1878 et nous avons continué cette

enquête par la recherche des observations analogues, publiées postérieurement à 1901 : Lecène, Collins Warren, Dollinger, Vallas, Bastianelli, Morestin, Goris, Ribeira y Sans, Jalifier et son maître Tixier... ont bien rapporté des cas de cancers de la joue à point de départ muqueux. Morestin surtout, sur une seule période de 8 ans (1900 à 1908), a décrit jusqu'à une trentaine de ces cas. Nous reviendrons sur ces travaux, mais disons de suite que si mention s'y trouve maintes fois faite d'ulcérations, de perforations de la joue, point ne s'y rencontre décrit de complexus symptomatologique simulant l'actinomycose. Dans son œuvre d'ensemble, à propos de son diagnostic différentiel, Teltcharoff ne nomme même pas l'actinomycose.

Mais c'est justement à propos d'actinomycose que nous trouvons abordé le problème. Déjà, en 1898, dans leur *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, Poncet et Bérard posent la question du diagnostic de l'actinomycose cervico-faciale avec certaines hyperplasies inflammatoires et certains néoplasmes vrais : c'est d'abord à un masque actinomycosique bien connu des chirurgiens qu'ils font une brève allusion : celui des « adénites néoplasiques suppurées sous-angulo maxillaire des cancers de la bouche » (I, 4, 1^o, p. 103).

Ils signalent ensuite des formes moins fréquentes : « dermites perlées (p. 150), tumeurs de la région parotidienne avec « des infections secondaire se greffant sur une tumeur bénigne, en modifiant l'allure ». Dans le service de M. le Professeur Pollosson, ils ont observé un de ces faits » (p. 153). Inversement, ils rapportent une observation de Glaser, où de l'actinomycose a été prise

pour un ostéo-sarcome de la loge temporale (p. 153). Ils font mention de la confusion possible avec les épithéliomas cutanés de la joue et de la région malaire (p. 155), en particulier « pour certains cancroïdes enflammés, ou mieux, pour certains épithéliomas sébacés suppurés » (p. 156). Enfin, ils insistent sur la difficulté du diagnostic avec certaines tumeurs ulcérées du plancher de la bouche, dont ils citent un cas où « le malade, très cachectique, succombait à des accidents broncho-pulmonaires, sans qu'à aucun moment la nature exacte de ses lésions (sous-maxillaires) eût pu être précisée, même d'après des coupes » (p. 157). Pour se résumer au chapitre du « diagnostic général de l'actinomyose », ils disent de cette dernière : « dès que l'ulcération s'est produite, elle donne plutôt l'impression d'un épithéliome » (p. 323).

Mais comme il ressort de notre analyse succincte, les auteurs n'ont point fait mention expresse du cancer de la face interne de la joue.

C'est d'une façon encore plus générale qu'en 1903, Duplay et Cazin disent à propos du diagnostic des tumeurs : « De toutes les tuméfactions susceptibles de simuler les tumeurs véritables ou néoplasmes, celles qui se rencontrent le plus fréquemment, et qui bien souvent donnent lieu à des hésitations ou même à des erreurs de diagnostic, sont celles qui résultent de l'inflammation chronique soit simple, soit spécifique (tuberculose, syphilis, actinomyose) ». (II, 4, p. 416 et 417).

Inversement, en 1903 également, Poncet et Léon Thévenot écrivent : « Que de fois n'avons-nous pas vu des néoplasmes suppurés, fistuleux, des accidents dits spécifiques

n'être que des réactions variées de l'actinomycès inclus dans les tissus. » (I, 5, p. 731).

Le 4 janvier 1904, un élève de Poncet, Rabaoïye, étudie dans sa thèse inaugurale les « dégénérescences cancéroïdales des vieilles actinomycoses » (I, 6). Il donne trois observations d'actinomycose de l'intestin.

Le 12 janvier 1904, un autre élève de Poncet, Rapp, dans sa thèse sur le « trismus ou constriction actinomycosique des mâchoires » résume comme suit les tumeurs qui peuvent être aussi la cause de trismus : « Les tumeurs des régions parotidienne, sus-hyoïdienne et massétérine peuvent provoquer le resserrement des mâchoires. » (I, 7, p. 51).

C'est enfin le 9 février 1904, que nous trouvons une relation superposable aux nôtres, encore qu'elle soit publiée sous le titre : « Remarques relatives au diagnostic de l'actinomycose. » Nous donnerons à la fin de ce chapitre cette communication du Professeur Le Dentu à l'Académie de médecine. (I, 2).

C'est à propos de cette observation de Le Dentu, que dans la huitaine suivante Cornil fait également à l'Académie de Médecine une communication en date du 17 Février sur « les types de l'inflammation dans les épithéliomas (III, 3), dont nous reparlerons dans notre pathogénie.

La question étant alors d'actualité, Lejars étudie le 24 février, dans la *Semaine Médicale* « les formes phlegmoneuses du cancer » en particulier il cite, à ce propos, des cas d'épithéliomas où l'on avait cru : — pour le premier, à une « suppuration péri-maxillaire chronique d'origine dentaire » ; — pour le second, à un phlegmon large du cou ; — pour le troisième, à une tuberculose suppurée des ganglions « de la région latérale droite du cou. » (II, 11).

Enfin, c'est toujours cette communication princeps du 9 février de Le Dentu qui provoque de la part de Poncet et Bérard, en réponse, une communication à l'Académie de médecine, en date du 22 mars 1904 « à propos du diagnostic clinique de l'actinomycose humaine » (I, 4, 4^o). Nous aurons à tirer doublement profit de leurs déclarations, et à notre chapitre de la pathogénie et à celui du diagnostic. Mais, comme faits, les auteurs ne citent : 1^o Qu'un malade « opéré d'une tumeur de la joue diagnostiquée épithélioma », pour lequel « même après examen microscopique, le diagnostic resta incertain entre la syphilis, la tuberculose et le cancer. Nous ne jurerions pas encore, maintenant, qu'il ne s'agissait pas d'actinomycose. »

2^o Un pseudo-ostéosarcome durant depuis neuf ans qui était une actinomycose du maxillaire inférieur, avec grains jaunes. (I, 4, 4^o, p. 253).

3^o Ils rappellent l'histoire consignée dans leur *Traité* (p. 124) d'actinomycose péri-laryngée.

4^o Enfin, il font allusion à une actinomycose thoracique diagnostiquée comme telle seulement au bout d'un an. (I, 4, 4^o, p. 255).

En résumé, rien à retenir spécialement pour l'histoire du cancer aigu à type d'actinomycose cervico-faciale, à tel point que dans la discussion qui suit la dite communication (I, 4, 4^o, p. 260), Poncet dira : « Je désire simplement rappeler que c'est surtout avec le sarcome bien plus qu'avec l'épithéliome que la confusion (avec l'actinomycose) est possible. »

C'est plutôt aussi avec le sarcome que Duplay, Rochard et Demoulin discutent le diagnostic de l'actinomycose. (IV, 5).

Au demeurant, nous avons eu l'honneur de nous entretenir au sujet de notre thèse avec le seul auteur survivant du *Traité de l'actinomyose*, M. le Professeur Bérard, qui nous a réservé le meilleur accueil. M. le Professeur Bérard nous a parlé de faits voisins, dont il a bien voulu nous montrer de remarquables photographies, et particulièrement de superbes autochromes (entre autres un cancer térébrant du maxillaire supérieur, et une tumeur de la parotide). Quant à des faits similaires à ceux que nous rapportons, il nous a déclaré en avoir vus également, mais sans pouvoir affirmer à quelle date, et par conséquent sans pouvoir nous communiquer ses propres observations.

Un fait particulièrement intéressant nous a été conté par M. le Professeur agrégé Léon Thévenot : il se souvient, du temps où il était chef de clinique de Poncet, que ce dernier avait longtemps pris pour de l'actinomyose un cas de cancer fistulisé du maxillaire supérieur ; mais ce n'est pas encore là tout à fait ce que nous avons en vue (bien que ça s'en rapproche beaucoup).

Nous avons poursuivi notre enquête auprès de divers chirurgiens qui nous ont redit la confusion possible de ganglions cancéreux suppurés avec l'actinomyose. C'est un diagnostic qui, avons-nous dit plus haut, a été signalé par Poncet et Bérard, dans leur *Traité de l'actinomyose*, par conséquent dès 1898. Ajoutons que ce même diagnostic a été repris plus récemment par les auteurs de pathologies chirurgicales, par exemple par Lenormant, mais très incidemment, à propos du diagnostic du phlegmon ligneux du cou. (III, 8 p 672), et à à propos de celui de l'épithélioma bronchial (III, 8, p. 711), mais non à propos du cancer de la joue.

Au total, que retirons-nous de toutes ces recherches que nous avons résumées aussi brièvement que possible, de toutes ces enquêtes auprès des compétences ? Peu de chose pour notre cancer de la joue à symptomatologie actinomycosique : il nous est répondu par l'évocation de souvenirs de faits connexes, voire similaires, mais quand nous nous reportons à la littérature, nous ne trouvons de *publiée*, comme analogue aux nôtres, que cette observation de Le Dentu, déjà citée, et que nous allons transcrire.

Cette relation de Le Dentu a d'autant plus d'importance qu'elle a déclenché toute la série de travaux consécutifs que nous avons énumérés et résumés ci-dessus en ce qui concerne notre sujet.

A la séance de l'Académie de médecine du 9 février 1904, le Professeur Le Dentu déclarait donc n'avoir jamais vu d'actinomycose, et disait « sa désespérance d'observer au moins un cas de cette maladie. » (I, 2, 1^o, p. 112).

Qu'on nous permette de faire remarquer que le Professeur Le Dentu jouait vraiment de malheur puisque pour une fois qu'il croyait trouver de l'actinomycose (laquelle n'est cependant pas un mythe) il tombait sur un de ces cas de cancers si spéciaux.

Voici le texte de Le Dentu :

OBSERVATION III

(du Professeur Le Dentu. — Hôpital Necker)

« Cet homme (un vieillard de 75 ans) portait au côté droit de la face une tumeur déjà volumineuse, faisant corps avec le maxillaire inférieur dans presque toute son étendue et recouverte de téguments dont l'aspect mérite une description détaillée. D'un rouge violacé, ils étaient parsemés d'orifices au nombre de quatre, d'où s'échappait

un pus assez franchement phlegmoneux. Leur surface était vaguement mamelonnée, les orifices étaient plutôt déprimés que saillants.

Par l'intérieur de la bouche, on sentait la face interne du maxillaire intact; le bord alvéolaire l'était aussi, et la tumeur semblait se détacher de la face externe. Le bord inférieur de l'os s'y dissimulait. Il n'existait pas de ganglions dans la région submaxillaire. celle-ci était partiellement envahie par la production pathologique.

Tumeur parostale plutôt que développée en plein os, téguments d'un rouge violacé percés d'orifices fistulaires multiples, écoulement par ces orifices de grosses gouttes de pus, n'y avait-il pas là tout ce qu'il fallait pour attirer l'attention vers la possibilité d'une actinomycose? Ce fut le premier mot que je prononçai en jetant les yeux sur ce malade, non pour formuler d'emblée un diagnostic, mais pour indiquer de suite la direction dans laquelle devaient porter nos recherches. Cette tumeur ne pouvait être qu'une production actinomycosique ou un de ces cancers compliqués de phénomènes inflammatoires et de suppuration vraie, bien connus des chirurgiens ayant une longue expérience clinique. Je penchais vers cette deuxième hypothèse, mais je déclarais en même temps qu'il était impossible de voir un cas reproduisant plus fidèlement le classique tableau des tumeurs actinomycosiques du maxillaire inférieur. L'examen du pus pouvait seul dissiper mes doutes.

Notiez que ceux-ci n'étaient nullement partagés par un de mes élèves qui avait vu de véritables actinomycoses à Lille, ou par de nombreux candidats au concours des hôpitaux, qui tous sans exception, avaient affirmé la maladie parasitaire. Je gardais néanmoins mes réserves.

Première déconvenue, le pus ne contenait rien qui ressemblât de près ou de loin à des actinomycètes. Je sais bien que parfois plusieurs examens sont nécessaires pour arriver à la certitude désirée. Je me gardai donc de conclure. Quelques jours après, ne voulant pas enlever la moitié de la mâchoire à ce vieillard qui n'aurait certes pas supporté l'opération, je me bornai à lui faire faire sous mes yeux le débridement de ses fistules et le curetage des foyers. La curette et la sonde cannelée arrivèrent sur une surface osseuse ferme. Le maxillaire n'était donc pas détruit ou infiltré dans toute son épaisseur.

Les portions enlevées furent immédiatement portées au laboratoire et examinées à l'état frais. Pas plus de grains ni de filaments que dans le pus, mais des éléments épithéliaux caractéristiques.

Nouvel examen un peu plus tard sur des fragments fixés; même résultat négatif, pas d'éléments actinomycosiques, mais des infiltrations épithéliales, des globes, des cellules kératinisées, en un mot tout ce qui appartient à l'épithélioma classique. » (I, 2, 1^o, p. 112).

« ...J'ajoute un mot. L'homme dont j'ai parlé à l'Académie a succombé; son maxillaire inférieur a été examiné de nouveau. Le néoplasme était définitivement un épithélioma et rien qu'un épithélioma. Il ne contenait ni actinomycètes, ni filaments mycéliens. »

(I, 4, 4^o, in Discussion p. 259).

CHAPITRE IV

ESSAI DE PATHOGÉNIE

INTERPRÉTATION DES FAITS

Il reste à savoir quelles sont les causes qui associées au cancer impriment à celui-ci des caractères cliniques si anormaux et une si évidente malignité.

Après avoir établi les diverses explications qui nous ont paru possibles, nous tenterons d'en tirer une interprétation des faits.

I. — S'agit-t-il, dans ces cas, d'hybridité de cancer et d'actinomycose ? hybridité que Poncet et Bérard évoquent (I, 4, 4^e p. 254) en rappelant que Rabaoïye « a étudié dans sa thèse inaugurale la transformation néoplastique des foyers anciens d'actinomycose, d'après trois observations. »

Mais pas plus dans le cas de Le Dentu que dans les nôtres, le microscope n'a montré de mycélium : l'examen histologique n'a pas porté seulement sur le pus des fistules où « le mycélium du champignon rayonné est détruit par d'autres agents infectieux (infection associée) » (1, 4, 4^e p. 259). Mais dans les trois observations que nous avons rapportées, les recherches ont encore été négatives en pleins tissus.

Cet hybridité du cancer et de l'actinomycose serait donc

en l'espèce une hypothèse toute gratuite ; voyons si d'autres explications ne peuvent être proposées :

II. — C'est une donnée générale de l'évolution de la cellule cancéreuse que cette dernière puisse dégénérer. D'après Ménétrier « au fur et à mesure que la masse cancéreuse s'augmente par la prolifération de ses cellules, les vaisseaux de la région deviennent insuffisants en présence de l'exubérance du tissu nouveau ; les vaisseaux néoformés, quand il s'en produit, sont de conformation vicieuse, et le plus souvent insuffisants comme nombre et comme volume. Et alors, à l'hypernutrition du début, succède une alimentation de plus en plus pauvre, qui amène fatalement la dégénérescence des cellules centrales.

...Souvent la transformation est assez subite pour qu'il soit malaisé d'en suivre les phases, pour que même, en présence de la différence très grande entre les cellules vivaces et les cellules dégénérées, certains observateurs aient pris ces dernières pour des éléments parasitaires, pour des coccidies. » (II, 13, p. 62).

Plus loin, à propos des cancers épithéliaux, étudiant leur évolution locale, Ménétrier ajoute : « Les formes des cancers sont surtout influencées par les processus dégénératifs ou régressifs auxquels leurs éléments sont habituellement soumis, ramollissements » etc. (II, 13, p. 191).

Signalons en passant que ces phénomènes de dégénérescence « aboutissant à la destruction plus ou moins importante du tissu cancéreux peuvent, dans une certaine mesure, être considérés comme une terminaison du processus cancéreux, expression d'une tendance à la curation spontanée. » (II, 13, p. 192).

Cette dégénérescence est souvent traduite par des figures

variées de dégénération du noyau : *hyperchromatose*, — *karyorhexis* (...bourgeonnement de la substance nucléaire dans le protoplasma et finalement ...dégénération de la paroi nucléaire. La chromatine se résout en particules isolées qui se dissolvent, *karyorhexis* avec *pyknose* (densification du noyau et du protoplasma suivie de destruction de la chromatine et du noyau, — *karyorlysis* .. » (II, 13, p. 66).

Mais ces recherches sont si spéciales, elles exigent des préparations si nombreuses et si délicates qu'on ne pourrait vraiment les demander que pour un travail purement histologique. Contentons-nous pour l'instant de noter que *le produit des fistules de notre second ma'ade donnait cliniquement l'impression de fonte cellulaire bien plutôt que de pus véritable.*

III. — Mais encore cette nécrose cellulaire n'est pas seulement « en rapport avec la nutrition vicieuse des cellules », « souvent » aussi elle l'est « avec des processus infectieux surajoutés. » (II, 13, p. 66).

« Il faut faire une place à part aux associations morbides qui viennent compliquer la physionomie du cancer, et quelques-unes avec une fréquence assez grande pour sembler liées à son évolution, et jouer éventuellement en clinique le rôle de signes révélateurs.

L'infection joue un rôle capital dans l'histoire des cancers ; elle modifie la physionomie et l'évolution des tumeurs. » (II, 13, p. 130).

A côté « des infections du cancéreux, à distance du cancer ou généralisées, il y a des infections locales du cancer.

Localement, le cancer s'infecte facilement parce que formé de tissus de vitalité imparfaite, voués à la dégénérescence rapide, et qui sont ainsi pénétrés presque sans

défense par les germes venant des surfaces des cavités septiques avec lesquelles il se trouve en rapport. Il en résulte l'ulcération du cancer, phénomène constant à un certain degré d'évolution du cancer de la peau, des muqueuses, des cavités naturelles. » (II, 13, p. 131).

« A un moment quelconque de leur évolution, tous les cancers en rapport avec l'extérieur ou les cavités internes de l'organisme sont infectés précocement ou tardivement.

...L'infection locale du tissu cancéreux amène selon les conditions physiques de la tumeur, sa superficialité, son épaisseur, — et selon ses propriétés biologiques d'irrigation, de nutrition : soit l'ulcération progressive avec usure graduelle des tissus, soit la suppuration des abcès, soit le processus gangreneux. » (II, 13, p. 141).

Le bel ouvrage d'ensemble sur le *cancer*, de Ménétrier, que nous venons de si copieusement citer est de 1908, mais dès 1884, et revenant là-dessus en 1889 (II, 15, 1^o et 2^o), Verneuil insistait longuement sur ce que « le tissu des néoplasmes malins peut être envahi à un moment donné par des microbes divers. » (II, 15, 2^o, p. 804).

Entre temps, en 1887, Feulard étudiait « l'ouverture d'un néoplasme à l'ombilic sous l'influence d'un processus infectieux » (cité in II, 8, p. 6). — En 1888, Nepveu apportait une « Contribution à l'étude des bactéries dans les tumeurs. » (II, 13).

En 1895, Hanot faisait un exposé magistral de la question : « *Cancer et suppuration* » (II, 9), mais il ne citait pas spécialement de cancer de la joue.

« Le cancer et la suppuration furent considérés, à une époque, comme deux termes successifs d'une même évolution. Pour Broussais, le cancer était aussi une lésion

inflammatoire et partant, comme toute lésion inflammatoire, pouvait suppurer. Cette doctrine disparut avec l'auteur de l'*Histoire des phlegmasies chroniques* ; le cancer et la suppuration ont repris leur autonomie absolue.

...Toutefois, d'une façon générale, la question (de coexistence de la suppuration et du cancer) se repose aujourd'hui. » (II, 9, p. 81).

En 1900, Ghérassimoff, sous l'inspiration du Professeur Etienne, de Nancy, s'attachait aux « manifestations pyosepticémiques consécutives au cancer », rappelant les faits de Feulard, Rodet, Teissier, Frantzel, Dieulafoy, etc. (II, 8).

En 1902, Fleuret écrivait sa thèse sur le « cancer aigu à marche infectieuse ».

Nous ne reviendrons pas, pour le moment, sur l'article de Lejars (1914) déjà analysé à notre historique du cancer à type d'actinomyose, en ce qui concerne des cas voisins des nôtres. Cet auteur s'appuyait d'ailleurs sur l'étude de Cornil, déjà signalée, que nous allons maintenant résumer.

Lors de l'envahissement des cancers par l'inflammation et la suppuration, « ce n'est pas seulement la suppuration qu'on observe, mais bien à des degrés divers, et plus ou moins souvent, toutes les formes de l'inflammation aiguë et chronique » dit Cornil (II, 3, p. 123). Et il distingue trois grandes variétés inflammatoires d'épithéllomas :

1° A suppuration visible à l'œil nu, assez rare, cependant « les néoplasmes épithéliaux à cellules pavimenteuses, avec ou sans globes cornés épidermiques de la bouche et du pharynx... cavités où pullulent les microbes de toute espèce, suppurent quelquefois, soit dans la tumeur primitive, soit dans les ganglions envahis. »

2° variété : à leucocytes « moins nombreux, ne donnant

pas lieu à une suppuration visible à l'œil nu », très fréquente.

3° « Inflammations chroniques avec leurs diverses formes.

.... L'existence de cellules géantes dans l'épithélioma a été très souvent signalée par Nageli, Pillet, Ribbert, etc. qui les ont regardées comme une coïncidence de la tuberculose et du cancer; par Audry et Constantin, par Polier, qui les ont regardées comme le fait d'une réaction inflammatoire. » (II, 3, p. 125).

Cette dernière opinion semble avoir actuellement prévalu : c'est par exemple celle que résume Lecène en 1914 : « Les cellules géantes doivent être considérées non pas comme un processus de défense de l'organisme contre le cancer lui-même, mais simplement comme une réaction macrophagique du tissu conjonctif, qui absorbe et détruit les parties molles du néoplasme (débris de globes cornés par exemple). (II, 10, p. 275).

S'il fut un temps, en effet, classique de faire de la cellule géante l'apanage de la tuberculose, ce temps n'est plus. Nos maîtres, J. Nicolas et M. Favre l'ont à maintes reprises retrouvée dans la syphilis. Ils ont rappelé (V, 4, 1^o p. 403) que Laulanié, dans son « *Etude critique et expérimentale sur les cellules géantes normales et pathologiques* » a démontré que la cellule géante peut être rencontrée « dans tous les processus inflammatoires à marche lente, c'est-à-dire dans la tuberculose, la scrofulose, le lupus, les infarctus, la stronylose, l'actinomycose, la morve, etc... » ;

bien plus, dans le cancer aussi, venons-nous de dire : « Elle a été souvent constatée dans le stroma des épithé-

liomes pavimenteux, à globes cornés surtout. » (II, 10, p. 275).

Elle n'a donc rien de spécifique.

LE MILIEU BUCCAL

Parmi ces cancers pavimenteux « à suppuration visible à l'œil nu » nous venons de voir que Cornil signalait précisément ceux de la bouche « où pullulent les microbes. »

Quel milieu de choix en effet pour les micro-organismes que la cavité buccale ! « Voie d'entrée et aboutissant de l'appareil broncho-pulmonaire, et du tube digestif, toujours en contact avec l'air extérieur et les germes qu'il contient, sans cesse polluée par les ingesta, la cavité buccale est un véritable réceptacle à microbes.

Vignal a dressé le tableau de cette flore buccale, et, chez les individus les plus sains, il a compté 25 espèces différentes de microbes ; Müller en aurait trouvé cent. » (G Roque IV, 12, p. 16).

« L'étude même des microbes a commencé par ceux de la bouche. C'est Leuwenhoeck, qui, le premier, les a découverts dans le tartre dentaire, en 1683. » (Lebedinsky, IV, 8, p. 9).

Ce tartre lui-même (dont déjà anciennement Galippe montrait la précipitation sous l'influence de certains microbes) est à son tour une cause d'ulcération septique : « Il en résulte la permanence de petites portes d'entrée qui permettent aux agents infectieux de se créer une voie par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques et de favoriser constamment les progrès de l'inflammation. » (Jacque, cité par Dieulafé et Herpin, IV, 4, p. 475).

Cette virulence du milieu buccal a été décrite à l'envi par les auteurs, en particulier à propos des accidents de la dent de sagesse (Capdepont, IV, 1; Redier, Cornudet, Cruet, Dunogier, Pietkiewicz, Savoye et les auteurs déjà cités : Jacque, Dieulafé et Herpin, IV, 4, etc). Plus récemment, M. Favre insistait avec Dreyfous sur la fréquence de l'association fuso-spirillaire dans les stomatites (IV, 6, 7).

Milieu favorable pour les micro-organismes, résume Lebedinsky, puisqu' « ils y trouvent pour s'y développer : température de 38°, humidité, colonisation facile dans les nombreux replis de la muqueuse buccale. » (IV, 8, p. 9).

INTERPRÉTATION DES FAITS

A ces micro-organismes, la porte aura été largement ouverte par les ulcérations buccales de nos malades, et facilitée l'infection de la tumeur.

Que cette tumeur elle-même soit un épithélioma, cela ne peut faire de doute : l'envahissement des tissus par les boyaux épithéliaux, les globes cornés...est caractéristique ; dans nos observations, il est même spécifié qu'il s'agit d'épithélioma spino-cellulaire.

A côté de ces éléments, que trouvons-nous, signalés au moins dans nos cas? « Les boyaux épithéliaux plongent dans un tissu inflammatoire », pour l'observation I, pour l'observation II, où « ce tissu interstitiel a l'aspect d'un bourgeon charnu. »

Pour l'observation II, que l'on veuille bien prendre garde à ceci : « Les éléments (*les cellules géantes constatées*) rares quoique très nets, ne nous paraissent pas comporter avec

certitude le diagnostic d'inflammation *spécifique* concomitante ou préexistante au cancer. »

Cette inflammation, nous n'avons pas cru avoir le droit de la rapporter gratuitement à l'actinomycose. Pouvons-nous l'attribuer à la tuberculose, à la syphilis ?

Le cancer peut être associé à la syphilis, comme le cancer peut s'associer à la tuberculose (Horand, Augagneur, Picot, Collet, Claude, Jaboulay, Audry, Laulié et Binguès, cités par R. Horand (II, 9, p. 61).

L'on sait, de plus, l'action favorisante de la syphilis sur le cancer buccal.

Tuberculose, syphilis surtout, nous allons retrouver ces deux maladies à propos du diagnostic, mais nous n'eslimons pas que ce soit ici le lieu de reprendre les discussions sur les lésions cancéro-scléro-gommeuses de Verneuil et Ozenne et sur l'hybridité syphilo-cancéreuse (II, 3, p. 56).

Ce qu'il est permis d'affirmer c'est, nous l'avons vu, l'infection de ces cancers, puisqu'ulcérés.

Nous ne sommes pas en mesure de préciser les agents de cette infection.

Pour notre premier malade, nous nous permettons de répéter qu'il est mort le 2 août 1914 ; il ne pouvait évidemment être question, à cette date mémorable, de recherches minutieuses de laboratoire. Quant au second, puisque ses tissus malades viennent d'être soumis à l'action microbicide du radium, il serait aléatoire de lui faire des prélèvements biopsiques à fin de cultures, etc.

En résumé :

I. Nous n'incriminerons pas ici une inflammation chronique spécifique, comme l'actinomycose ; tout au plus

noterons-nous, en passant, que la syphilis aurait pu “ faire le lit ” du cancer, comme il est si fréquent — mais nous ne voulons pas encourir le reproche de “ faire de nos malades des musées pathologiques ”, comme avait coutume de le recommander Poncet, et comme le répète volontiers notre maître B. Lyonnet.

II. Il est cependant possible qu’il s’agisse de fonte cancéreuse, dont nous avons rappelé tout à l’heure l’histogénèse, la dégénérescence dépendant le plus souvent de l’infection surajoutée ;

III. Il est probable qu’il y a au moins juxtaposition d’inflammation au cancer.

Quoi de plus logique dès lors d’avoir une symptomatologie d’actinomyose, puisque Poncet et Bérard rappellent précisément que “ c’est un des meilleurs signes des manifestations actinomycosiques, ils l’ont écrit bien des fois (que) *l’association des caractères d’un néoplasme et d’une lésion inflammatoire* ” (1, 4, 1^a p. 82 et 4^e) p. 257) ?

Et nous proposons en conséquence de désigner cette forme de néoplasme sous le nom de : Cancer aigu à type (clinique) d’actinomyose cervico-faciale.

CHAPITRE V

Diagnostic

ARTICLE I

DIAGNOSTIC AVEC L'ACTINOMYCOSE — CARACTÈRES PROPRES DU CANCER AIGU

Nous n'avons fait dans notre chapitre II qu'exposer la symptomatologie pseudo-actinomycosique de nos cas de cancer aigu. Avertis maintenant de leur diagnostic exact, nous nous demanderons quels sont les éléments différentiels les plus sûrs pour distinguer le cancer aigu à type d'actinomycose cervico-faciale et l'actinomycose vraie

A l'examen des téguments de la face et du cou, ayons-nous dit, *l'induration, les points ramollis, les fistules* sont identiques — La *douleur* est un élément pour ainsi dire banal. — Le *trismus* aussi bien « accompagne très souvent les lésions dont le point de départ est l'infection buccale : stomatites, amygdalites, parotidites ; il est presque constant dans l'ostéomyélite des mâchoires, dans les accidents consécutifs à l'éruption vicieuse de la dent de sagesse ; on l'a constaté dans des ostéites de la fosse temporale... » (Ombredanne, IV, 11, p. 115) ; ajoutons avec Rapp, dans « l'adéno-phlegmon du cou, la myosite rhumatismale du masséter (rare), la myosite syphilitique (bien plus fréquente) et les gommès du masséter, les kystes hydatiques, les tumeur de la région... » En l'espèce

le “ plastron ” que constitue le cancer est identique au plastron actinomycosique et comme apparence, et comme cause de constriction des mâchoires.

Poncet et Bérard, dans leur réponse à Le Dentu, ont donné un tableau comparatif que nous reproduisons ci-dessous :

TABLEAU COMPARATIF DE PONCET ET BÉRARD

(I, IV, 4°. p. 252)

ACTINOMYCOSE

Les malades sont ordinairement des sujets jeunes. L'agent de la contagion lorsqu'on le retrouve est un végétal.

L'évolution des lésions n'est pas fatalement progressive. Elle peut être aiguë ou torpide avec des intervalles possibles de rétrocession ou de guérison apparente.

L'œdème, l'induration des parties molles s'étendent loin du foyer mycosique, même quand les lésions ne semblent pas en imminence de suppuration, et même quand il n'y a pas de compression des gros troncs veineux.

L'infiltration du parasite dans les plans musculaires et conjonctifs simule une injection coagulante poussée dans ces tissus, qui prennent une consistance scléreuse, en plastron et deviennent rapidement inextensibles (trismus)

CANCER

La plupart des cancéreux ont dépassé quarante ans. L'étiologie de leur affection est des plus vagues.

Ces lésions ont un développement nettement progressif, que leur marche soit aiguë ou lente.

Dans le cancer les œdèmes sont, ou d'origine infectieuse par l'inoculation secondaire d'agents microbiens, ou mécaniques, par compression, par thrombose.

Le sarcome et l'épithéliome s'étendent rarement aussi loin que l'actinomycose par infiltration large de voisinage.

Les ulcérations des téguments ont des bords plutôt décollés qu'indurés, certaines d'entre elles se cicatrisent tandis que se font à leurs côtés, des pertes de substance nouvelles.

Les adénites sont exceptionnelles lorsqu'il ne s'est pas fait secondairement d'infection pyogène des foyers parasitaires. C'est surtout cette septicémie secondaire qui altère l'état général, plus que la résorption des toxines mycosiques.

Quand le cancer ulcère la peau, il empiète de plus en plus sur les téguments encore sains. Les ulcérations ont des rebords indurés. Elles ne se cicatrisent pas spontanément.

Les adénites par progression du cancer aux lymphatiques de la région sont précoces, même dans les cancers fermés. L'état général est modifié rapidement et profondément (teint jaune paille).

De ces « signes cardinaux », comme les qualifient Poncet et Bérard, une partie seulement peut s'appliquer à nos faits. — Qu'il soit « d'origine infectieuse » ou qu'il soit mécanique, *œdème* il y a. — L'*induration* est la même, comme l'*infiltration*, avec *trismus* — L'étendue de l'infiltration est telle qu'on ne peut parler d'*adénite* ou non. D'ailleurs tout surprenant que cela puisse paraître, l'adénite n'est pas constante dans le cancer de la joue : non point que nous allions nous laisser prendre à l'erreur des anciens auteurs (Lebert, P. Broca) qui croyaient que l'adénopathie y était assez rare ; mais en relevant les observations publiées de cancer de la joue, nous avons pu noter quelquefois l'absence d'adénopathie : par exemple dans un cas de Morestin (III, 10, 7°, observation V), mais surtout Morestin indique plus loin que « les ganglions para et sous-maxillaires engorgés d'une manière précoce se soudent

aussi à la mâchoire. La face externe et le bord inférieur sont ainsi enveloppés d'un bloc cancéreux continu » (III, 10, 7^o, p. 113). Dans ledit bloc la recherche d'adénopathie est évidemment impossible.

L'âge n'est qu'une indication toute relative. Sur 16 cas de cancer de la joue (statistique de Faure, in Teltcharoff (III, 12, p. 21), il y avait :

au-dessous de 40 ans	— 1 cas
de 41 à 50 »	— 2 »
de 51 à 60 »	— 9 »
de 61 à 70 »	— 3 »
au-dessus de 70 »	— 1 »

Sur l'ensemble de 14 observations de Morestin (III, X, 3^o, 4^o, 5^o, 6^o, 7^o), de nos deux observations et de celle de Le Dentu, au total 17 cas, nous trouvons :

au-dessous de 40 ans	— 2 cas
de 41 à 50 »	— 3 »
de 51 à 60 »	— 9 »
de 61 à 70 »	— 2 »
au-dessus de 70 »	— 1 »

En regard, nous pourrions opposer des cas d'actinomycose chez des gens qui ne sont plus jeunes. Un malade dont Léon Thévenot donne l'observation comme type d'actinomycose cervico faciale de forme courante (I, 8, 1^o) a 53 ans.

Quant au « *teint jaune-paille* » qu'il est classique de décrire chez les cancéreux en général, il n'est guère ici de mise. Tout au plus, dans l'observation II note-t-on : « *teint un peu jaunâtre* ». Ce qui domine chez nos malades, c'est la *palcur*, et ceci est de règle pour le cancer de la joue : « aucun de nos malades, dit Morestin, n'a présenté

de teinte jaune paille. Ils étaient surtout pâles, d'une pâleur bistrée ou mate. Cet aspect est fréquent dans les cancers buccaux avancés ; il n'y a pas là seulement de la cachexie cancéreuse, mais les infections sur-ajoutées par le milieu buccal y entrent pour une bonne part. On remarquera que, pour le cancer de la joue, l'étendue de l'ulcération est plus grande que dans toute autre variété de cancer buccal, partant, l'empoisonnement est plus rapide » (III, 10, 1^o) — En l'absence, toutefois, d'autre affection intercurrente, une atteinte sérieuse de l'état général nous paraît aller plutôt contre le diagnostic d'actinomyose cervico-faciale.

Ajoutons une autre probabilité en faveur du cancer : le *sex masculin* ; les hommes sont atteints de préférence par le cancer buccal, et en particulier par le cancer de la joue : sur 28 cas de Morestin, il n'y avait que 4 femmes.

Mais tout ceci ne nous donne que des éléments de présomption.

Nous ne retiendrons pas plus que Poncet et Bérard eux-mêmes « l'odeur quelquefois très spéciale... l'odeur *actinomycosique* » (I, 4, 4^e, p. 257).

Un premier signe de valeur sera fourni par les *ulcérations* : non celles de la peau, qui sont ici des fistules, « des ulcères en forme de canal étroit et sinueux (fistula, flûte) » (Lecène II, 10, p. 128) identiques à celles de l'actinomyose, au moins quant à leur morphologie ; — mais l'ulcère buccale est caractéristique : tandis que l'ulcère actinomycosique a des « bords plutôt décollés », l'ulcère épithéliomateux, d'après Darier, se présente comme suit : « configuration presque toujours irrégulière ; fond très inégal, bourgeonnant, sanieux, saignottant, parfois parsemé de petits

amas jaunâtres ou gris; — bord relevés en bourrelet, ou évasés, ou surplombants dans l'épithélioma lobulé... base toujours indurée... » (IV, 3, p. 334) — mais encore avons-nous dit que l'examen de la cavité buccale était rendu très difficile par le trismus.

Un deuxième signe important est la *différence d'évolution*: rétrocessions possibles dans l'actinomycose, — marche implacable dans le cancer. Pour les fistules en particulier « *le fait que certaines d'entre elles se ferment par une cicatrisation de guérison tandis que d'autres continuent à apparatre dans des points voisins* », constitue un des caractères spéciaux de l'actinomycose (Poncet et Bérard, I, 4, 4^o p. 253, en note).

Un peu plus loin, dans la même communication, Poncet et Bérard réclament (I, 4, 4^o p. 256, 258 et 259) le traitement *Pierre de touche*, le traitement ioduré. Peut-être pourrait-on l'essayer quelques jours, quitte à l'abandonner si trop manifeste est le classique *coup de fouet* donné au cancer. Dans l'actinomycose, comme nous l'avons redit après les auteurs, l'effet salulaire de l'iodure est souvent tardif, quelquefois même ne se manifeste pas du tout.

Immédiat peut être le renseignement sur la valeur duquel nous avons assez discuté pour ne pas encore ouvrir le débat : les grains jaunes de l'actinomycose.

Enfin et surtout reste un moyen de diagnostic toujours fidèle : nous avons nommé l'examen histologique d'un fragment des tissus suspects.

Nous proposons donc le tableau comparatif suivant :

TABLEAU COMPARATIF

Actinomycose	Cancer aigu à type d'actinomy- cose cervico-fa- ciale.
--------------	---

I CARACTÈRES DE PROBABILITÉ

1) Sexe masculin		
2) Malades de plus de 40 ans	Ces caractères	sont plutôt en
3) Atteinte profonde de l'état général.	peuvent se rencontrer dans l'actinomycose.	faveur du cancer

II SIGNES DE VALEUR

4) Ulcère buccal	à bords plutôt décollés.	à bords indurés
5) Evolution	avec des rémissions possibles.	sans rémission
6) Traitement ioduré	amélioration manque quelquefois, tarde souvent.	accélération du processus
7) Examen du pus des fistules.	grains jaunes (inconstants)	pas de grains jaunes.

III DIAGNOSTIC ASSURÉ

8) par la biopsie et l'examen histologique.	grains jaunes (plus fréquents dans les tissus que dans le pus des fistules).	boyaux épithéliaux, etc.
---	--	--------------------------

DEUXIÈME ARTICLE

DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS DE LA RÉGION

AUTRES QUE L'ACTINOMYCOSE,

Par ailleurs, laissant désormais de côté le diagnostic de l'actinomycose, nous allons envisager le plus succinctement possible celui des affections des régions voisines. Nous n'irons pas reproduire ce qui est déjà indiqué dans les traités au diagnostic de l'actinomycose elle-même : nous établirons une simple récapitulation des cas qui peuvent se rapprocher, comme physionomie, des nôtres, et surtout nous tâcherons de mettre *au point*, ou si l'on veut, *à jour*, quelques données que n'établissent pas les classiques.

Nous ne ferons que nommer : 1°, les accidents d'origine dentaire, périodontite et accidents de la dent de sagesse ; 2°, l'ostéomyélite du maxillaire inférieur ; 3°, les tumeurs de la parotide, de la sous-maxillaire (plus rares), pouvant les unes comme les autres prendre un énorme développement ; les fibromes (assez rares à la joue, mais cependant signalés (IV, 2 et 14) ; 5° les phlegmons de la joue qui ont pu en imposer pour de l'actinomycose (IV, 1°) ; 6°, les adénites géniennes sont trop limitées pour ressembler à nos cas : M. le professeur-agrégé Léon Thévenot, dont on connaît les études à ce sujet (IV, 13) a bien voulu nous en assurer ; 7°, nous éliminerons aussi rapidement les affections du cou : adénites, adéno-phlegmons, phlegmons ligneux... ; l'épithélioma branchial (l'ancien carcinome

branchiogène de Volkmann, le branchiome malin de Victor Veau) se développe en général en un point d'une ligne étendue de l'angle de la mâchoire au cartilage cricoïde, et tout au plus peut-il *quelquefois* recouvrir le bord inférieur du maxillaire inférieur (Reverdin et Mayor, Richard, cités dans la thèse de Veau (IV, 15, p. 27), mais sans aller jusqu'à la branche montante (*Ibid*) ;

8° Un diagnostic qui nous semble plus intéressant pour nos cas est celui des gommes et des infiltrats gommeux. Laissant de côté les gommes mycosiques (comme celle de l'actinomyose), qui est de beaucoup la moins rare de ces gommes), — négligeant également des maladies actuellement bien peu fréquentes dans nos régions, telles que la lèpre avec ses infiltrations diffuses mais de peu d'épaisseur, — ne faisant que mentionner des curiosités comme les paraffinomes (Darier, IV, 3, p. 395), nous ne nous arrêterons guère non plus sur les gommes tuberculeuses, qui ne pourraient guère couvrir une telle étendue, (ni sur diverses productions non gommeuses, également dues à la tuberculose, entre autre le lupus dont aucune variété ne repose sur une telle induration large et profonde).

9° Bien plutôt dirons-nous quelques mots des gommes syphilitiques. Hallopeau et Tostivint ont pu poser la question : « *syphilome ou épithéliome buccal* ? (V, 2) . . . sans la résoudre . . . J. Nicolas et M. Favre ont étudié des manifestations pseudo-néoplasiques de la syphilis, mais simulant plutôt le sarcome (V, 4, 3°). — Le diagnostic n'est pas à aborder pour les syphilomes gommeux limités ressemblant plutôt à des néoplasies limitées comme les cancroïdes ou l'ulcus rodens, — mais nous avons en vue ces formes à foyers multiples, ou mieux encore ces syphilomes infiltrés et ramollis par endroits. Ici encore la lésion est

plus superficielle ; il n'y a pas d'induration ligneuse si profonde.

Si le diagnostic est hésitant, qu'on soupçonne la syphilis, fera-t-on appel à la réaction de Wassermann ?

Dès 1912, le professeur J. Nicolas étudiait avec Charlet les « variations de la réaction de Wassermann chez les syphilitiques traités » (V,3), — insistait en 1914, avec J. Gâté, sur la relativité de la valeur de la trop fameuse réaction (V, 5), dont Ravaut, un peu plus tard, disait les erreurs d'interprétation » (V, 6, 1^{re}) — Plus récemment, en 1918, Thibierge en narrait les méfaits (V,7) ; — et Ravaut revenait sur « ce qu'on peut demander à la réaction de Wassermann » (V, 6, 2^e) — Enfin, au début de cette année 1919, Chadzynsky vient d'en faire le bilan : « quelle est la valeur réelle... ? » (V, 1)

Ce diagnostic que ne peut assurer avec certitude la réaction de Wassermann, c'est au médicament que nous en demanderons la confirmation, suivant le vieil adage :

Naturam morborum curationes ostendunt. Cette pierre de touche, nous ne la chercherons pas, comme il est classique, dans l'iodure de potassium : ses effets sont lents, et laissent suspendu le diagnostic avec l'actinomycose ; enfin et surtout, s'il s'agit de cancer, les résultats sont désastreux. — Nous n'emploierons pas non plus le mercure qui ajouterait à la stomatite signalée chez nos malades son action irritative. — Le médicament de choix sera l'arséno-benzol. Nous ne savons pas s'il détruit ou non l'actinomyces, mais nous connaissons sa triple action : rapide — sans inconvénients chez un cancéreux, même âgé, si le cœur et le système circulatoire sont en bon état (sous cette dernière condition, voulait bien nous dire le

professeur J. Nicolas, l'âge n'est pas une contre-indication au néo-salvarsan, employé par exemple chez des vieillards de 75 ans) ; — en corollaire : action salutaire du traitement par les arsenicaux organiques sur la stomatite, si souvent d'origine spirillaire (M. Favre et Dreyfouss) (IV, 6).

10^e Parmi les tumeurs des mâchoires et des régions voisines, rappelons le sarcome, déjà plusieurs fois mentionné au cours de cette étude : mais le sarcome atteint de préférence les sujets jeunes, il se propage lentement vers les téguments et « la peau s'ulcère par distension » (IV, 5, p 229)

11^e Nous ne parlons pas du diagnostic avec les autres cancers buccaux qui ont également leur point de départ au niveau du sillon gingivo-génien. Le cancer aigu à type d'actinomyose cervico-faciale n'en est qu'une des formes, mais si typique qu'elle ne se confondra pas avec les autres formes classiques du cancer buccal ayant la même origine, et évoluant d'une façon toute différente. Tel est au maxillaire supérieur l'*épithélioma térébrant* de Verneuil et Reclus, dont Verneuil attribuait autrefois la provenance à la transformation d'un kyste radiculo-dentaire, (mais où, actuellement, Lenormant voit plutôt un épithélioma primitif du sinus ayant perforé la voûte palatine (IV, 9, p. 389) — Nous n'insisterons pas d'avantage sur les cancers de la joue avec perforation de cette dernière, et autres formes ulcéreuses qui présentent un aspect tout autre que le cancer aigu à type d'actinomyose cervico-faciale.

CHAPITRE VI

Evolution — Pronostic — Traitement

EVOLUTION

Chez le premier malade, l'évolution a été extrêmement rapide. Elle paraît avoir été accélérée par l'iodure. Le diagnostic avait paru si certain que l'iodure fut administré sans réserves à ce malade ; — comme l'amélioration clinique n'avait pas été rapidement obtenue, on crut même que la dose d'iodure était insuffisante, on l'augmenta : tant on était persuadé être en face d'une actinomyse véritable. Cet échec de l'iodure ne suffisait pas d'ailleurs, à lui seul, à infirmer le diagnostic, puisqu'il y a des formes sévères de l'actinomycose où l'iodure agit mal ou même n'agit pas du tout (Poncet et Bérard, I, 4, 1^o, p. 162). Mais rapidement l'affection se démasquait alors comme un cancer aigu, et en quelques semaines le malade succombait avec des ulcérations profondes allant jusqu'aux vaisseaux du cou.

Chez le second malade la thérapeutique iodurée fut rapidement interrompue lorsque le résultat de l'examen histologique fut connu. Le malade a été soumis depuis à un traitement chirurgical et radiumthérapique : l'amélioration obtenue paraît n'avoir pas été aussi considérable que celle qu'on obtient parfois avec le radium dans certains néoplasmes (nous verrons tout à l'heure lesquels). L'affection paraît avoir été arrêtée dans sa marche, mais n'avoir

pas subi de régression. Actuellement les interventions chirurgicales ont enlevé ici encore l'apparence actinomycosique.

Par ailleurs, il faut reconnaître que le cancer aigu à type d'actinomycose cervico-faciale ne réalise vraiment ce type qu'à un moment donné de son évolution. D'une part en effet, il est bien certain que se présente tout autrement l'induration cancéreuse du début, lorsque le processus commence à peine à envahir la joue. D'autre part, après le stade actinomycosique, lorsqu'il ne s'agit plus seulement de points ramollis et de fistules, mais de vastes ulcérations, la question d'actinomycose ne se pose évidemment plus, et s'affirme le diagnostic véritable.

Mais à la période de pseudo-actinomycose, le type clinique de cette dernière est parfaitement réalisé, et le diagnostic, sans la ressource du laboratoire, présente les plus grandes difficultés.

Ce qui frappe également dans cette évolution, c'est la rapidité de développement de ces tumeurs : c'est en quelques semaines que chez nos malades l'infiltration dure et douloureuse des téguments, les fistules, le trismus ont apparu. Et cette notion, à l'interrogatoire des malades, oriente plutôt le clinicien du côté d'une affection aiguë que d'une affection néoplasique.

Ces cas par leur développement et leur évolution rapides méritent donc bien le qualificatif de cancer aigu que nous leur avons donné.

PRONOSTIC

Le pronostic est donc autrement sévère que pour les formes les plus graves de l'actinomycose. Lorsque le champignon rayonné « reste cantonné dans les régions

où il s'était d'abord fixé, le pronostic de l'actinomycose de la tête et du cou n'est pas très sombre (Poncet et Bérard IV, 1^o p. 161). — Si l'iodure échoue, l'intervention chirurgicale sera en effet définitive.

On sait au contraire le pronostic presque toujours fatal du cancer buccal même opéré. La formule classique est terrible : « Tout cancer ulcéré de la bouche meurt dans l'année. » Y a-t-il lieu de faire appel de ce verdict impitoyable ?

Le professeur Vallas (de Lyon) estime, quant aux résultats éloignés, que la moitié des opérés survivants ont une récurrence dans l'année ; mais il a constaté également des survies de 2, 3, 4 et 5 ans. — Bastianelli (de Rome) a eu un taux de guérison de 15 % (III, 3). — Plus spécialement pour le cancer de la joue, Teltcharoff indique dans ses conclusions : « *durée de la maladie de 8 à 12 mois, à moins que quelque complication ne survienne* » (III, 12, p. 73) — Au II^e Congrès de la Société internationale de Chirurgie de 1908, sont donnés les chiffres suivants à propos du cancer de la joue. En plus de la mortalité opératoire immédiate, sur 6 cas opérés par Collins Warren (de Boston), 5 ont été suivis d'une récurrence ganglionnaire — Dollinger (de Budapest), sur 61 cas où il est intervenu, n'en retient que 33, les autres ayant été opérés depuis moins de 3 ans : sur ces 33 opérés, on connaît le sort de 26 : 3 sont morts de l'opération, 1 a succombé à une affection intercurrente, 19 à la récurrence ; — après 3 ans vivent sans récurrence 3 opérés (11,5 %) ; mais que l'on remarque bien que ces 3 malades avaient des cancers limités à la joue (tous les cas de cancers étendus aux parties voisines ayant abouti à la mort) — Ribeira y Sans (de Madrid) sur

5 cancers de la joue aurait eu 3 guérisons durables et 2 récidives, reproduites encore après une nouvelle intervention (III, 3).

Morestin, malgré l'ampleur de ses interventions qu'il qualifie lui-même d' " effroyables ", disait en 1906 qu'il rapportait une " série nécrologique " (III, 10, 7°, p. 114). Sur la trentaine de cas que nous avons relevés de cancers de la joue opérés par ce prestigieux chirurgien, nous allons rapidement passer en revue seulement ceux dont les résultats éloignés sont signalés. A) sur une première série de 12 malades, 7 étaient inopérables ; sur les 5 opérés, l'un est mort le jour même de l'opération ; des 4 autres, 3 ont eu une récurrence et ont succombé au bout de 3 à 8 mois, le quatrième n'a pas été revu (III, 10, 1°) — B) Dans un autre cas (III, 10, 3°), il y a récurrence 2 mois après une première intervention ; nouvelle intervention, et décès 2 mois 1/2 après cette dernière — C) sur deux cas de *cancers très étendus* dont Morestin parle à la *Société anatomique* le 24 février 1905 (III, 10, 5°), l'un, après avoir été opéré en août 1904, a eu une récurrence en octobre 1905, mais " vivait encore " le 2 février 1906 ; — l'autre, opéré en juillet 1904 après une récurrence, était très bien portant et restait guéri au 2 février 1906, date à laquelle Morestin en reparlait ainsi que du premier (III, 10, 7°, p. 114). — D) un autre malade dont l'observation a été présentée à la même société (III, 10, 6°) a été également revu deux ans après par Morestin qui en reparle comme d'un malade guéri (III, 10, 7°, p. 114) — E) sur une autre série de " neuf cas de cancer de la joue " (III, 10, 7°), 6 ont été revus ; tous les 6 ont présenté des récurrences ; un septième cas (une vieille femme) était " cacochyme et cachectique "

— F) Récidive encore chez un homme âgé (III, 10, 9°) — G) Des “ *résultats éloignés* ” plus favorables sont apportés par Morestin en 1908, à la *Société de Chirurgie* (III, 10, 10°) un premier malade “ pour qui Morestin a donné tous les détails concernant l'opération et ses suites dans l'observation publiée dans le *Bulletin de la Société anatomique*, juin 1905, a été présenté guéri à la Société de Dermatologie, en novembre 1906 ” (III, 10, 8°)... sa guérison demeure parfaite. Il le présente donc à nouveau, au bout de “ *plus de quatre ans et demi* ”. — Un second malade est précisément celui porteur de ce *cancer étendu* dont nous avons parlé (série C (III, 10, 5°). — Il reste guéri *au bout de plus de quatre ans*. (L'autre malade de la série C a succombé) (III, 10, 10°, p. 1058) — H) Enfin, en 1914, Morestin pourra parler de “ *guérison maintenue sept ans après* ” les diverses interventions.

Il y a donc quelques cas de guérisons prolongées, après une de ces interventions “ provoquant par leur étendue une véritable stupeur chez les assistants ” (Morestin, III, 10, 7°, p. 114) mais ces guérisons sont malheureusement tout à fait exceptionnelles.

TRAITEMENT

D'ailleurs nos malades étaient inopérables, non seulement à cause de l'étendue du processus, mais encore parce qu'ils présentaient cette “ *cachexie blanche* ” sur laquelle nous avons déjà discuté. Morestin lui-même, ce virtuose du bistouri, faisait de la “ *cachexie blanche* ” une contre-indication formelle à l'intervention : « J'ai l'habitude, dit-il, de respecter absolument les cancéreux pâles. Ils sont

extrêmement fragiles, et toute opération de quelque importance peut entraîner chez eux une mort rapide» (III, 10, 1^o).

D'autre part, les rayons de Röntgen auraient ici peu de succès, puisqu'il s'agit précisément de formes spino-cellulaires, « peu sensibles à l'action destructrice des rayons X » dit Ménétrier (II, 13, p. 629) s'appuyant sur les travaux de Darier.

Quoique d'action... paraissant très semblable à celle des rayons X, cependant... les irradiations du radium sont beaucoup plus complexes » (II, 13, p. 635)

« Dans les cancers des muqueuses, les résultats sont loin d'être aussi brillants (que dans les épithéliomas cutanés), mais pourtant *là où les rayons X sont inutiles, sinon nuisibles*,¹ comme dans le cancer de la langue, le radium a donné des améliorations, mais les observations sont très rares.

Bien que la malignité de ces lésions soit toujours plus grande que celle des épithéliomas cutanés, il en est de plus facilement curables que d'autres, quelle que soit la thérapeutique employée.

Tels sont les épithéliomas des conjonctives... Pour la cavité buccale... Dominici estime que l'épithélioma qui a envahi les muscles striés ne guérit que rarement». (Oudin et Zimmern, VI, 16, p. 380)

Darier ira jusqu'à dire de l'épithélioma spino-cellulaire : « celui-là ne guérit pas par les rayons X ou *le radium* ². Quand on le traite par ces agents il se produit une amélioration apparente durant deux ou trois semaines, puis on s'aperçoit que la prolifération du néoplasme est plus active et semble avoir reçu un coup de fouet ». (VI, 4, 2^o).

¹ et ². C'est nous qui soulignons.

Que le radium ait une action heureuse contre le cancer en général, cela est bien établi par de nombreux travaux : nous nous permettons de renvoyer à votre bibliographie (article VI) où nous avons réuni quelques références à ce sujet.

Cazin qui a été avec Reclus un des premiers à préconiser le radium dans le traitement des cancers inopérables, constate en 1917 que grâce à la méthode de Dominici (c'est-à-dire l'emploi des petits tubes de radium) « les résultats sont indiscutablement réels ». Il signale expressément pour les épithéliomas de la muqueuse buccale des cas de guérison datant de plusieurs années (VI, 3, 3^o).

Contrairement aux assertions si catégoriques de Darier « il y a des observations incontestables d'épithéliomas pavimenteux typiques (à cellules épineuses) guéris par la radiothérapie, et Darier lui-même en a rapporté (Ménétrier VI, 12, p. 629).

A tout le moins le radium n'a-t-il pas cette « action analgésiante et névrosthénique » que Darier signalait dès 1904 ? (VI, 4, 1^o) Simohnson précise (en 1917) que « l'action analgésiante des rayons Röntgen et du radium » peut être parallèle à l'amélioration de l'affection ou être complètement indépendante de cette amélioration (VI, 18).

En ce qui concerne notre second malade, l'examen histologique, après biopsie, a bien montré l'espèce spino-cellulaire de l'épithélioma. Par l'emploi du radium il y a eu, cependant, non seulement sédation de la douleur, mais amélioration très nette, arrêt au moins provisoire du processus cancéreux : cette aggravation consécutive dont parle Darier et qui se manifesterait au bout de 2 ou 3

semaines ne s'est pas produite après plusieurs mois (juin 1919)

Se produirait-elle par la suite que nous adopterions volontiers la manière de voir de Michaux.

« Si nous procédons de cette façon (par applications répétées de tubes de radium), ce n'est point dans l'intention d'enrayer un processus métastatique qui, à l'heure actuelle, est, sans nul doute, étendu à des régions inaccessibles à la radiumthérapie ; ce que nous cherchons, c'est à maintenir les effets d'un traitement qui a déjà procuré à la malade un soulagement considérable au point de vue physique et moral, et qui se montre, d'autre part, dépourvu de danger. » (VI, 14)

N'est-ce pas en effet un devoir impérieux pour le médecin de ne jamais « abandonner un malade », et, même sans espoir de guérison, de tout mettre en œuvre pour au moins calmer la souffrance ?

CONCLUSIONS

I. — Nous avons observé des cas de cancers propagés à la joue, évoluant sous une forme inflammatoire, rappelant trait pour trait la symptomatologie de l'actinomyose cervico-faciale. Nous n'avons trouvé dans la littérature qu'une mention expresse de cette forme de néoplasme qui mérite d'être individualisée par son allure clinique comme aussi en raison des difficultés de diagnostic qu'elle fait naître : Nous proposons de la désigner sous le nom de *cancer aigu à type d'actinomyose cervico-faciale*.

II. — L'aspect clinique, dans nos observations, est celui d'une inflammation plutôt que d'un néoplasme (induration inflammatoire étendue, fistules, suppuration, douleur à la pression...)

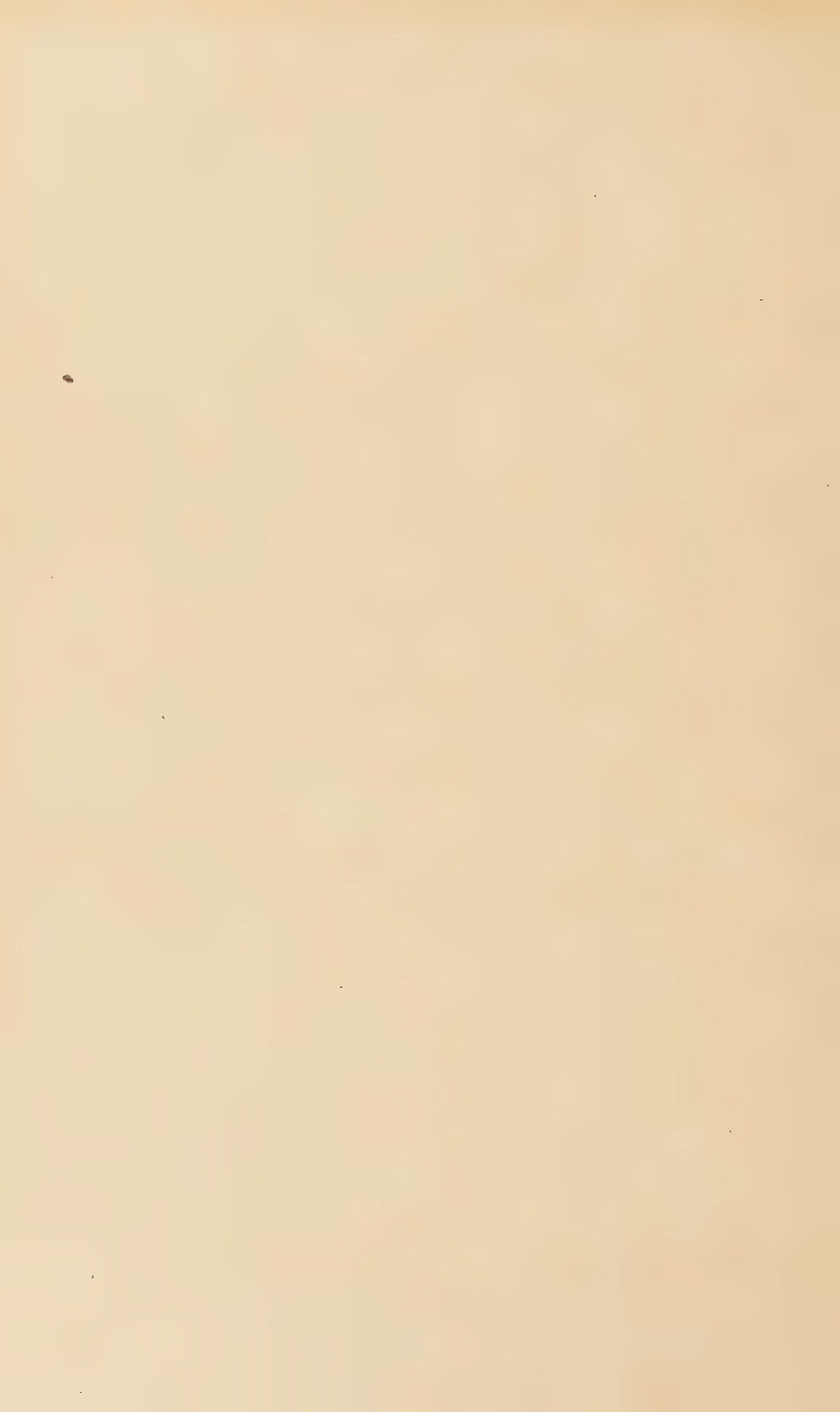
III. — Il s'agissait cependant de néoplasmes développés au niveau de la muqueuse buccale (région gingivo-jugale). L'examen histologique qui a permis d'établir le diagnostic exact a montré qu'il s'agissait d'épithélioma spino-cellulaire à globes cornés.

IV. — Il faut reconnaître d'ailleurs que le cancer buccal évolue plus souvent sous d'autres formes cliniques (forme ulcéreuse locale, forme à envahissement osseux, forme perforante jugale, etc.). Il est possible que des conditions inflammatoires surajoutées au néoplasme et trouvant leur origine dans le milieu septique buccal, — comme aussi qu'une évolution rapide du cancer vers la nécrose cellulaire partielle, avec points de ramollissement, expliquent la forme clinique que nous décrivons.

V. — Le diagnostic de semblables cas est très difficile de par les seules ressources de la clinique. L'absence de grains jaunes à l'examen du pus des fistules constitue un signe négatif de valeur; mais dans les observations que nous rapportons, le diagnostic précis n'a été établi qu'à la faveur de l'examen histologique

VI. — Il est important de faire au plus tôt le diagnostic de cette variété de cancers à allure inflammatoire, car sa marche rapide peut être aggravée par un traitement ioduré.

VII. — Dans la seconde de nos observations, le traitement par le radium a semblé arrêter au moins temporairement la marche du néoplasme qui, par contre, avait évolué d'une façon très rapide dans le premier de nos cas.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Article I. — Actinomycose

1. DUVAU (Jean). — Le pronostic éloigné des différentes formes cliniques de l'actinomycose; statistique de 255 cas. Th. de Lyon, 1901-02.
2. LE DENTU. — Remarques relatives au diagnostic de l'actinomycose. Com. à l'Ac. de méd, 9 février 1904. (*Bull. de l'Ac.* 1904, p. 111). — Discussion : Cornil-Le Dentu.
3. PONCET. — Actinomycose d'apparence néoplasique du maxillaire inférieur. (*Revue de chirurgie*, Paris 1902, t. 26, p. 1).
4. PONCET et BÉRARD. — 1°, Traité clinique de l'actinomycose humaine. Pseudo-actinomycoses et botryomycose (1898), avec 22 pages de bibliographie.
 - 2°, De l'actinomycose humaine pendant ces deux dernières années. (Ac. de méd, 27 mars 1900, Bull. 1900, p. 394).
 - 3°. De l'actinomycose humaine en France, sa fréquence, son pronostic éloigné. (Ac. de méd. 1^{er} avril 1902, Bull. 1902: t. 1, p. 424 - avec carte dressée par Patel, p. 430.
 - 4°, A propos du diagnostic clinique de l'actinomycose humaine. (Ac. de méd, 22 mars 1904, Bull. 1904, t. I, p. 250. Discussion : Le Dentu ; Poncet.
5. PONCET et THÉVENOT (Léon). — De l'actinomycose humaine en France et à l'étranger dans ces cinq dernières années (Ac. de médecine, 9 juin 1903. Bull. 1903, t. I, p. 722.
6. RABAÏOYE. — Dégénérescence cancéroïdale des vieilles actinomycoses. Th. de Lyon, 1904.
7. RAEP (Georges). — Trismus ou constriction actinomycosique des mâchoires. Th. Lyon 1904.
8. THÉVENOT (Léon). — 1° Actinomycose cervico-faciale de forme courante. (*Gaz. des Hôp.* 2 juillet 1903, n° 769, avec 2 photographies).
 - 2° Trismus ou constriction actinomycosique des mâchoires. *Gaz. des Hôp.* 1^{er} mars 1904).

Article II. — Cancer en général
Cancer aigu. — Cancer et inflammation

1. AUDRY et CONSTANTIN. — Cellules géantes et épithélioma (*Arch. prov. de chir.* 1898, p. 553.)
2. CLAUDE (H). — Cancer et tuberculose, Actualités médicales, 1900.
3. CORNIL. — Sur les types de l'inflammation dans les épithéliomas. (Obs. *Ac. de méd.* 16 février 1904, p. 123).
4. DUPLAY et CAZIN. — Les tumeurs. Biblioth. de chir. contemporaine Ricard et Rochard, 1903.
5. FABRE-DOMERGUE. — Les cancers épithéliaux. Histologie, histogénèse, étiologie, appl. thérap. — 1898.
6. FLEURET. — Du cancer aigu à marche infectueuse. Th. de Lyon 1902.
7. GHÉRASSIMOFF. — Contribution à l'étude des manifestations pyosepticémiques consécutives au cancer. Th. Nancy 1900.
8. HANOT. — Cancer et suppuration. (*Presse médicale* 1895, p. 81).
9. HORAND (René). — Syphilis et cancer. Actualités médicales, 1908.
10. LECÈNE. — Tome I du Précis de pathologie chirurgicale.
11. LEJARS. — Les formes phlegmoneuses du cancer. (*Semaine médicale* 24 février 1904, p. 60).
12. LETULLE. — Pus et suppuration. Encyclopédie des aide-mémoire Leauté, 1893.
13. MENETRIER. — Le cancer, XIII^e vol. du Nouveau traité de médecine et de thérapeutique Brouardel-Gilbert-Thoinot. (1908).
14. NÉPVEU. — Contribution à l'étude des bactéries dans les tumeurs. (C. R. de l'Ac. des sciences, 30 avril 1888 et *Gaz. hebdom.* 4 mai 1888, p. 278).
15. VERNEUIL. — 1^o De la fièvre traumatique et des fièvres épitraumatiques. *Gaz. hebd.* 1884, n^{os} 1, 2, 3.
2^o Propriétés pathogènes des microbes renfermés dans les tumeurs malignes, mémoires *Rev. de chir.* 1889 p. 793.

Article III.
Epithélioma de la face interne de la joue

1. CESTAN. — Epithélioma leucoplasique de la muqueuse génienne avec envahissement ganglionnaire. Extirpation. Guérison prolongée. *Toulouse méd.* 1904, p. 291.
2. XIII^e Congrès international de médecine, Paris, 2-9 août 1900. Section

de chirurgie. Séance du 4 août (matin). Communications de Lecène-Morestin.

3. II^e Congrès de la Société internationale de chirurgie. Bruxelles, 2-25 septembre 1908. Compte-rendu par le D^r Dumont in *Journal de chirurgie*, supplément au n^o du 15 octobre 1908 ; Traitement du cancer de la bouche et de la langue. Rapport et discussions ; Collins Warren (de Boston) ; Dollinger (de Budapest) ; Vallas (de Lyon) ; Bastianelli (de Rome) ; Morestin (de Paris) ; Goris (de Bruxelles) ; Ribéira y Sans (de Madrid), p. 6.
4. Congrès français de chirurgie, 1908. Duret et Desplats (de Lille). Sur une tumeur cancéreuse diffuse et étendue de la région cervico-maxillaire. p. 932.
5. GORIS. — Epithélioma de la joue. *J. de chir. et ann. soc. belge de chir.* 1906, p. 156.
6. LECÈNE. — Epithélioma de la face interne de la joue. Soc. anat. Paris, 8 novembre 1907, p. 639.
7. LE DENTU. — Cf. I, 2.
8. LENORMANT. — Article cancer de la joue in *Précis de pathologie chirurg.* T. 2 (1914) p. 487.
9. MONESTIÉ. — Epithélioma ulcéré de la face interne de la joue. (*J. de sc. méd. de Lille*, 1904, p. 587).
10. MORESTI. — 1^o Cf. III, 2, compte-rendu p. 264.
2^o Cancer de la joue. *J. d. Praticiens*, 1^{er} septembre 1900. p. 561.
3^o Cancer de la commissure buccale et de la joue opposée. (B. et M. Soc. anat. Paris, 31 mai 1901, p. 366.)
4^o Cancer de la commissure labiale et de la joue. Ablation avec résection de la moitié du maxillaire inférieur. (Ibid. 5 juin 1903, p. 476.)
5^o 2 cas de cancer très étendu de la joue. Ablation avec résection de la mâchoire inférieure. Autoplastie en plusieurs temps. (Ibid. 24 février 1905, p. 159).
6^o Cancer de la joue. (Ibid. 26 mai 1905, p. 454).
7^o Neuf cas de cancer de la joue. (Ibid. 2 février 1906, p. 98).
8^o Cancer de la face interne de la joue. Guérison sans récidive plus de trente mois après l'intervention. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.* Paris, 1906, p. 447.
9^o Cancer de la joue. (B. et M. Soc. an. Paris, 3 mai 1907, p. 420).
10^o Résultats éloignés d'opérations pour cancer de la face interne de la joue. (Soc. chir. Paris 1908, p. 1058).

11° Epithélioma étendu de la joue ; extirpation ; autoplastie. (Ibid. 1913, p. 39).

12° Cancer de la joue récidivé ; ablation de la totalité de la joue, de la plus grande partie des deux lèvres, de la moitié du maxillaire inférieur et d'une partie du maxillaire supérieur et des ganglions du cou ; opération réparatrice. (Ibid. p. 43).

13° Cancer très étendu de la joue ; extirpation avec hémi-résection du maxillaire inférieur et résection partielle du maxillaire supérieur et évidemment des gîtes ganglionnaires cervicaux ; opérations réparatrices, guérison maintenue sept ans après. (Ibid. 1914, p. 1172).

11. PIÉCHAUD. — Deux cas d'épithélioma de la face interne de la joue. Opérations, guérison. (Soc. de chir. Paris, 1886, p. 841).

12. TELTCHAROFF (Minko). — Contribution à l'étude de l'épithélioma de la face interne de la joue. Thèse Montpellier 1900-1901.

13. TIXIER. — Cancer de la face interne de la joue gauche avec envahissement du maxillaire ; résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur ; prothèse anté-opératoire ; résultats éloignés. *Lyon méd.* 1906, p. 762.

14. TIXIER et JALIFIER. — Epithélioma de la joue. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1er mai 1912. p. 179.

15. VALLAS. — 1° Cancer de la joue ; autoplastie. *Lyon méd.* 1906, p. 516.

2° Epithélioma de la face interne de la joue. *Lyon méd.* 1911, p. 909.

Article IV. — Maladies de la bouche et de la région cervico-faciale autres que les précédentes et que la syphilis

1. CAPDEFONT. — Rôle et mécanisme de l'infection dans les accidents de la dent de sagesse. *Rev. de chir.* 1910, p. 1052.

2. CLERMONT (G.) — Fibrôme de la joue. *Centre méd. et pharm.* 1903-04, p. 196.

3. DARIER. — Précis de Dermatologie. 2^e édition, 1918.

4. DIEULAFAÉ et HERPIN. — Les accidents de la dent de sagesse. *Rev. de chir.* 10 octobre 1907, p. 475.

5. DUPLAY, ROCHARD et DEMOULIN. — Manuel de diagnostic chirurgical, 5^e éd., p. 224.

6. FAYRE (M.) et DREYFOUSS (H.) — Stomatites et angines fuso-spirillaires. *Presse méd.* 2 novembre 1916.

7. FAVRE (M.) — La stomatite mercurielle. *Lyon méd.* n° 8, août 1917.
8. LEBEDINSKY. — Lés gingivo-stomatites et le polymicrobisme buccal. Thèse Paris 1897 98.
9. LENORMANT. — Précis de pathologie chirurgicale. (1914) T. 2.
10. MOURIQUAND. (E). — Pseudo actinomycose; phlegmon suppuré de la joue gauche. *Bull. méd.* Paris 1906, p. 299.
11. OMBREDANNE. — Maladies des mâchoires. Fascicule XVI du Nouveau traité de chirurgie, de Le Dentu et Delbet. 1909.
12. ROQUE (G.). — Maladies de la bouche, in vol. XV du Nouveau traité de médecine et de thérapeutique, 1906, de Brouardel et Gilbert.
13. THÉVENOT (Léon). Des adénites géniennes. *Gaz. des Hôp.* 21 avril 1900.
14. TOURNEUX (J.-L.) Fibrome pur de la joue. B. et M. Soc anat. de Paris 1914, t. I, p. 63.
15. VEAU (Victor). — Etude de l'épithélioma branchial du cou. Branchiome malin de la région cervicale. Thèse Paris 1900-01.

Article V. — Syphilis

1. CHADZINSKY. — Quelle est la valeur réelle de la réaction de Wassermann pour le diagnostic et le traitement de la syphilis? *Soc. franç. dermat. syph.* 8 janvier 1919.
2. HALLOPEAU et TOSTIVINT. — Syphilome ou épithéliome buccal? *Ann. Dermat.* 1893, p. 146.
3. NICOLAS (J.) et CHARLET. — Variations de la réaction de Wassermann chez les syphilitiques traités. *Ann. dermat. et syph.* 1912. Thèse Charlet, Lyon, 1912.
4. NICOLAS (J.) et FAVRE (M.) — 1^o Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées — cellules géantes et follicule syphilitique. *Ann. des mal. vénériennes*, juin 1907.
2^o Cellules géantes et follicule syphilitique. *Pr. méd.* 21 décemb. 1907.
3^o Les pseudo-sarcomes syphilitiques. B. et M. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris. 12 janvier 1912.
5. NICOLAS (J.) et GATÉ (J.) — La réaction de Wassermann positive a-t-elle une valeur absolue? 39 o/o de réactions positives chez les non-syphilitiques. *Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 7 avril 1914. *Lyon méd.* 19 avril 1914. Soc. franç. de dermat. et de syph. — séance du 23 avril 1914. — *Ann. de dermat. et de syph.* avril 1914. — *Prov. méd.* 6 juin 1914.
6. RAVAUT. — 1^o Les erreurs de l'interprétation de la réaction de Wassermann. *Ann. de dermat. et de syph.*, mai 1914.

- 2° Que peut-on demander à la réaction de Wassermann ? *Journ. méd. franç.* décembre 1918.
7. THIBIERGE. — Les méfaits de la réaction de Wassermann. *Presse méd.* 28 novembre 1918.

Article VI. — Traitement par le radium

1. BARRARD et M^{me} MOUTET. — Néoplasme parotidien inopérable avec métastases, traité par le radium. *Lyon chir.* 1914, t. II, p. 651.
2. BLANC (H.) — Traitement des cancers par le radium. *Paris chir.* 1914, p. 255.
3. CAZIN. — 1° Radiumthérapie des cancers inopérables. *Ibid.* 1913, p. 917.
2° De l'emploi du radium dans le traitement des cancers inopérables. *Ibid.* p. 1059.
3° « *Press. méd.* 17 décembre 1913, p. 1032.
4. DARIER. — 1° Sur l'action analgésiante et névrosthénique du radium à doses infinitésimales et inoffensives. — *Ac. de méd.* 16 février 1904. Rapport sur ce travail par F. Reymond, 21 juin 1904. *Bull.* p. 526.
2° Contre-indications de la radiothérapie dans certains cancers de la peau. *Ac. de méd.* 4 juin 1918, p. 431.
5. DELBET et MOCQUOT. — Statistique des cancers traités par le radium. *Bull. de l'Ass. franç. de l'étude du cancer.* 1914, p. 1.
6. DIEFFENBACH. — Radium in the treatment of cancer. *Medical Record*, 13 décembre 1913, analysé dans *Ann. derm.* 1914-15, p. 433.
7. DOMINICI, Henri Chéron et Rubens-Duval. — Sur la régression des tumeurs à pronostic grave, sous l'influence du radium. *Gaz. méd. de Paris*, 26 novembre 1913, p. 380.
8. FABRE (M^{me} S.) — La radiumthérapie comme adjuvant de l'exérèse chirurgicale. Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, VII^e session, Lille, 1913.
9. GOULD (Sir A. Pearce). — Radium and cancer. *British medical journal* 3 janvier 1914. Analysé dans *Ann. derm.* 1914-15, p. 365.
10. GUISEZ. — Traitement des cancers par le radium. *Paris chir.* 1914, p. 168.
11. HOWARD A. KELLY. — Le radium en chirurgie. *Southern California practitioner* 1914, p. 32. Analysé in *Ann. d'électro-biologie et radiologie* mai 1914, p. 355.
12. MÉNÉTRIER. — Cf. II, 13.
13. MICHAUX. (P.). — Epithélioma de la joue droite accompagné de métas-

- ases et en traitement par le radium. B. et M. Soc. chir. Paris 1916, p. 2001.
14. MONOD. — Traitement du cancer par le radium. Ibid. 4 mars 1914.
15. OUDIN et ZIMMERN. — Radiothérapie, Röntgenthérapie, Radiumthérapie, Photothérapie. 1913. in Bibl. de thér. de Gilbert et Carnot.
16. PÉRAIRE. — Traitement des cancers par le radium. *Paris chir.* 1914, p. 70.
17. SAVARIAUD. — A propos de la guérison du cancer par le radium. Soc. de chir. 18 février 1914.
18. SIMONSHON. — L'action analgésiante des rayons Röntgen et du radium analysé dans *Arch. d'électr. méd.* septembre 1917, p. 430.
19. THÉVENARD. — Traitement des cancers par le radium. *Paris chir.* 1914, p. 43.
-

